Rok XLVII. Kraków, dnia 18. kwietnia 1908. Nr 16

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału dla chorób wewnętrznych I. B. krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie odczynu tuberkulinowego spojówkowego.

Podał

Prym. Dr A. Krokiewicz.

Odczyn spojówkowy tuberkulinowy, podany w ubiegłym roku prawie równocześnie przez Wolff-Eisnera i Calmettea, wzbudził niezwykłe zajęcie wśród szerszego świata lekarskiego naukowego. Z gorączkowym też pośpiechem pojawiają się o tym odczynie prace w czasopismach lekarskich, a liczba ich wzrosła już do wcale pokaźnej cyfry. Gdy z początku wszyscy autorowie przypisywali odczynowi spojówkowemu tuberkulinowemu bardzo doniosłe znaczenie rozpoznawcze dla gruźlicy (Wolff-Eisner, Calmette, Stadelmann, Teichmann, Citron, Monguer, Lande, Breton, Petit, Letulle, Prouff, Comby, Bazy, Hirschler, Eppenstein, Albeker, Köhler, Rzętkowski, Bylina i t. d.), a nawet i prognostyczne (Wolff-Eisner, Stadelmann), to w ostatnim czasie zaznaczają się w miarę krytycznego rozpatrywania nagromadzonego materyału klinicznego i sekcyjnego odmienne zapatrywania (Morelli, Max Wolff i t. d.). Citron w 5%, a Schröder i Kaufmann w 12.7% zauważyli dodatni odczyn spojówkowy u ludzi niedotkniętych gruźlicą; Blum i Schlippe opisują dodatni odczyn spojówkowy w 3 przypadkach niedokrwistości złośliwej postępowej; Cohn i Bourget w przebiegu duru brzusznego; Citron (zestawia przypadki w piśmiennictwie ogłoszone) w ostrym gośćcu stawowym. Na szczególniejszą uwagę zasługuje przypadek Bourgeta-Stillinga, gdzie w przebiegu duru brzusznego — tudzież przypadek Massaryego Weila, gdzie w przebiegu uogólnionego raka — był odczyn spojówkowy dodatni, a przy sekcyi nie stwierdzono nigdzie zmian gruźliczych. Niektórzy nawet autorowie, jak Klienenberger na podstawie materyału klinicznego w Królewcu, nie upatrują w odczynie spojówkowym tuberkulinowym środka rozpoznawczego dla gruźlicy.

W celu wyrobienia sobie własnego sądu o wartości odczynu postanowiłem, o ile możności, wyzyskać cały materyał kliniczny, na moim oddziale się znajdujący w ostatnich 5 miesiącach. Doświadczenia wykonywałem jedynie tylko na chorych powyżej lat 15 liczących, stale pomieszczonych (nie dochodzących), aby mieć ścisłą kontrolę co do przebiegu klinicznego, a w razie zejścia śmiertelnego możliwość dokładnych oględzin pośmiertnych, dokonywanych w zakładzie Anatomii patologicznej Uniw. Jagiellońskiego. Do odczynu używałem 1% rozczynu starej tuberkuliny Kocha (AT), (Hoechst). Z rozczynu zawsze świeżo sporządzonego zakraplałem jedną kroplę do worka spojówkowego. Częstokroć zabieg powtarzałem w razie wyniku ujemnego kilkakrotnie (nawet 9 razy). Przy oznaczeniu stopnia odczynu zatrzymałem skalę Citrona (+: odczyn dodatni pierwszego stopnia, polegający na zaczerwienieniu spojówki powiekowej i mięska łzowego; ⧺: odczyn dodatni drugiego stopnia, polegający na zaczerwienieniu spojówki powiekowej i gałkowej, tudzież mięska łzowego i ⧻: odczyn trzeciego stopnia, gdzie do silnego zaczerwienienia spojówek dołączył się wysięk ropny). Odczyn spojówkowy wykonałem 1,137 razy w 577 przyp. (281 m., 296 k., a mianowicie:

	razy	w przyp.	m.	k.
w przebiegu gruźlicy	457	222	(103	119)
w chorobach narządu oddechowego z wykluczeniem gruźlicy	87	48	(33	15)
w chorobach narządu pokarmowego z wykluczeniem gruźlicy	76	44	(23	21)
w chorobach narządu krążenia .	116	63	(35	28)
» dróg moczowych .	34	20	(13	7)
» zakaźnych ostrych	152	70	(25	45)
» nerwowych . . .	67	39	(22	17)
w nowotworach	86	34	(16	18)
w chorobach krwi i nieprawidłowej wymiany materyi . .	47	27	(6	21)
w chorobach kości (krzywica, zmiękninie kości)	5	3	(0	3)
w stłuczeniach (contusio) . . .	7	4	(4	0)
w zatruciach ostrych	5	3	(1	2)

I. Poszczególnie rzecz przedstawia się następująco:

A) Gruźlica płuc: w 197 przypadkach (94 m., 103 k.) wykonano odczyn 410 razy, a mianowicie:

a) W okresie nieżytu szczytów i zagęszczenia ich wykonano odczyn 91 razy w 37 przypadkach (17 m., 20 k.) przyczem:

20 razy w 10 przyp. (6 m., 4 k.) t. j. 27% otrzymano wynik zawsze ujemny,

7 razy w 6 przyp. (3 m., 3 k.) t. j. 16,2% otrzymano wynik zawsze dodatni,
64 » » 21 » (8 » 13 ») t. j. 56,7% otrzymano wynik najpierw ujemny, a przy powtórzonych zakraplaniach wynik dodatni.

W 5 przyp. (2 m., 3 k.) stwierdzono odczyn ╪; w jednym przypadku (1 m.) stwierdzono odczyn +; odczyn dodatni występował po 10 godzinach i trwał przy nasileniu ╪ od 4—10 dni, a 2 dni przy nasileniu +. Zagęszczenie szczytu powikłane było u mężczyzny 54-letniego zapaleniem przewlekłem nerek; u kobiety 32-letniej wysiękiem opłucnym, a u dziewczyny 18-letniej zapaleniem gruźliczem stawu biodrowego lewego.

W 21 przypadkach (8 m., 13 k.) stwierdzić można było początkowo odczyn ujemny, a przy powtórnych zakraplaniach 1% tuberkuliny do worka spojówkowego dodatni + lub ╪. Ogólna ilość odczynów wynosiła 64. W 6 przyp. (2 m., 4 k.) wystąpił odczyn ╪, zresztą zawsze +. W 18 przypadkach (6 m., 12 k.) stwierdzić można było zagęszczenie szczytów bez powikłań; w plwocinach znajdowały się prątki Kocha. Natomiast w 3 przyp. (2 m., 1 k.) zauważono powikłania — i tak: u mężczyzny w przebiegu moczówki cukrowej i zagęszczenia szczytów płuc wystąpił najprzód odczyn —, a następnie po 10 godzinach dwukrotnie ╪ w odstępach tygodnia i trwał 2—6 dni; u kobiety, dotkniętej wybitnem zagęszczeniem szczytu płuca lewego i zapaleniem nerwu kulszowego najpierw odczyn ujemny, a następnie przy powtórnem zakropleniu +, a po 2 tygodniach po trzeciem zakropleniu ╪ (trwał 10 dni); u chłopca 10-letniego z zagęszczeniem szczytów płucnych i świeżem zapaleniem zastawki dwudzielnej po każdem zakropleniu 1% tuberkuliny do worka spojówkowego występował naprzemian odczyn jużto —, jużto + (przez 2—4 dni).

b) W okresie nacieku gruźliczego płuc i krwotoków wykonano odczyn 76 razy w 48 przyp. (24 m., 24 k): z wynikiem ujemnym 32 razy w 15 przyp. (10 m., 5 k.), t. j. 31,2%, z wynikiem dodatnim 44 razy w 33 przyp. (14 m., 19 k.), t. j. 68,7%.

W jednym przypadku, u kobiety 46-letniej, która przebyła 16 krwotoków płucnych w przeciągu 2 lat ostatnich, odczyn wystąpił po 6 godzinach i trwał za pierwszym razem przez 7 dni z nasileniem +, a następnie po 2 tygodniach wystąpił z nasileniem ╪╪ i trwał przez 6 tygodni, przyczem dołączyło się zapalenie miąższowe rogówki. W 5 przypadkach (5 k.) odczyn wystąpił po 6 godzinach i trwał 2—6 dni; raz był ╪, a zresztą +; w 10 przypadkach (6 m., 4 k.) wystąpił po 10 godzinach ╪ i trwał od 3—7 dni, a raz u mężczyzny 32-let. (który przebył kiłę) 3 tygodnie. W 15 przyp. (7 m., 8 k.) odczyn dodatni wystąpił po 10 godzinach i trwał od 3—4 dni; w jednym przypadku u mężczyzny wystąpił najpierw odczyn + przez 4 dni, a po 2 tygodniach przy powtórzonem zakropleniu ╪ przez 5 dni; natomiast u jednej kobiety najpierw wystąpił ╪ i trwał przez 5 dni, a przy powtórnem zakropleniu po 2 tygodniach + przez 4 dni. Największe nasilenie odczynu widoczne było w 20 godzin po zakropleniu; rzadko po 10 godzinach.

c) W okresie rozpadowym gruźlicy płuc daleko posuniętej wykonano odczyn 230 razy w 109 przypadkach (52 m., 57 k.) z wynikiem: — 138 razy w 63 przyp. (30 m., 33 k.), t. j. 58,3%, + 84 razy w 44 przyp. (21 m., 23 k.), t. j. 39,9%, ± 10 razy w 2 przyp. (1 m., 1 k.), t. j. 1,8%.

W 61 przyp. (30 m., 31 k.) nastąpiło zejście śmiertelne; z tego w 35 przypadkach (20 m., 15 k.) odczyn wypadł ujemnie, a w 26 przyp. (10 m., 16 k.) odczyn wypadł dodatnio. Odczyn wykonywano na 8 tygodni — 6 dni przed śmiercią; przeważnie na 21 dni. U wszystkich chorych można było stwierdzić znacznego stopnia ogólne wyniszczenie, charłactwo.

W 15 przypadkach (10 m., 5 k.) wystąpił odczyn ╪; zresztą zawsze +. Odczyn ╪ występował zaraz w tem samem nasileniu po 10 godzinach i zaledwie u 2 mężczyzn za pierwszym razem wystąpił +, a przy powtórnem zakropleniu po 10 dniowej przerwie ╪; zresztą w 16 przypadkach (3 m., 13 k.) pomimo kilkakrotnego zakroplenia stwierdzano zawsze tylko +. U 2 mężczyzn wystąpił odczyn po 6 godzinach i trwał od 3—5 dni; zazwyczaj występował po 10 godzinach i trwał 4—6 dni, dość często względnie od 10—14 dni.

W 2 przyp. (1 m., 1 k.), w przebiegu rozległej gruźlicy płuc i jelit stwierdzono najpierw odczyn +, a następnie ujemny. U kobiety 30-letniej w przebiegu gruźlicy płuc rozpadowej pierwszy raz odczyn spojówkowy wypadł +, a następnie dwukrotnie —. U mężczyzny 24-letniego, u którego za życia stwierdzono objawy rozległej gruźlicy płuc i jelit, tudzież zapalenie gruźlicze otrzewnej (leukocytoza 8800), wykonano w ciągu 46 dni 7 razy odczyn spojówkowy (pierwszy raz ╪ przez 3 dni, drugi raz + 4 dni, trzeci raz + 3 dni, czwarty raz + 4 dni i następne 3 razy —). W przypadku tym oględziny pośmiertne stwierdziły: *Tbc. pulmonum (Cavernae bronchiectaticae et nodi caseosi in pariete ejusdem, cavernae ad apicem pulmonis sin. Tbc. disseminata miliaris pulmonis utriusque). Synechiae pleuriticae bil. Tuberculosis intestinorum (Ulcera cicatrisantia partis inferioris intestini ilei, coeci. Ulcera tbc. processus vermiformis ss. periappendicitide chronica). Peritonitis tbc. adhaesiva. Tuberculosis (degen. caseosa) nonnullarum gl. mesaraicarum. Hypoplasia cordis. Amyloidosis lienis, hepatis, renum).*

Powikłania gruźlicy płuc ze zmianami gruźliczemi w innych narządach, jak w krtani, opłucnej, jelitach, tudzież zmiany przewlekłe w nerkach nie wpływały ujemnie na wystąpienie odczynu dodatniego.

Odczyn +, a względnie ╪ stwierdzić można było u chorych przed zejściem śmiertelnem:

w 8	przyp.	2—5	dni,
» 13	»	10—14	»
» 2	»	20—21	»
» 3	»	28—30	»

Na uwagę zasługują następujące przypadki:

1. Helena St., lat 23, prostytutka; leżała w szpitalu przez 5 miesięcy wśród ciągłej wysokiej gorączki i ogólnego charłactwa. Odczyn spojówkowy w ciągu ostatnich 2 miesięcy wykonano 4 razy, zawsze ╪╪, występował po 10 godzinach i trwał 5—6 dni; ostatni raz ╪╪ na dwa dni przed śmiercią. Rozpoznanie anatomiczne pokrótce opiewa: *Tuberculosis pulmonum. (Cavernae tbc. et induratio fibrosa totius pulmonis d. Cavernae tbc. apicis pulmonis sin. et tuberculosis caseosa nodosa disseminata totius pulmonis sin.). Synechiae pleur. bil. praecipue d. Ulcera tbc. copiosa intestinorum. Hypoplasia cordis et aortae. Endocarditis recens verrucosa valv. mitralis. Meningoencephalitis chronica ad lobos frontales et temporales. Amyloidosis diff. majoris gradus hepatis. Amyloidosis disseminata lienis et renum. Anaemia ac inanitio permagna.*

2. Władysław S., lat 16, wyrobnik, pozostawał w szpitalu od 25. VIII. do 13. XII. 1907. Odczyn spojówkowy dwukrotny zawsze ‡ (po pierwszy raz wystąpił po 6 godzinach i trwał przez 3 dni; drugi raz po 10 godzinach i trwał 6 dni; na 2 dni przed śmiercią wyraźny odczyn ‡). Rozpoznanie anatomiczne: *Tbc. glandularum nonnullarum peribronchialium et peritrachealium (Caseificatio c. petrificatione). Tbc. pulmonum (Caverna tbc. apicis pulm. sin. Tuberculosis destructiva cavernosa pulmonis sin. Infiltrationes tbc. recentes (caseificatio incipiens) et tbc. nodosa et miliaris disseminata pulmonis d.). Bronchitis purulenta diff. Ulcera et infiltrationes tbc. laryngis. Oedema aditus ad laryngem. Ulcera tbc. tracheae. Ulcera multiplicia intestinorum et processus vermiformis. Degeneratio adiposa renum. Exsudatum serofibrinosum sin. incapsulatum (ad partes inferiores). Synechiae pleuriticae compactae ad apices. Anaemia universalis c. inanitione.*

3) Stefan W., lat 23, tapicer, leżał w szpitalu przez 3 miesiące z powodu ustawicznych krwotoków płucnych i wysokiej gorączki. Odczyn czterokrotnie wykonany zawsze +: ostatni raz widoczny na 3 dni przed śmiercią; poczynał się po 10 godzinach i trwał od 3—4 dni. Rozpoznanie anatomiczne: *Tbc. pulmonum (Cav. tbc. apicis pulmonis d. Tbc. destructiva lobi superioris pulmonis d. et medii. Peribronchitis caseosa nodosa lobi inferioris pulmonis d. et totius superioris sin.). Pneumothorax saccatus ad partes inf. d. Atelectasis lobi inferioris pulmonis d. e compressione. Adhaesiones pleuriticae ad partes superiores pulmonum. Ulcera tbc. pauca et recentia intestinorum. Tumor lienis ac. degeneratio adiposa hepatis. Hypoplasia cordis et aortae. Macies permagna. Anasarca lev. gr.*

4. Florentyna S., lat 27, wyrobnica; pozostawała 6 tygodni w szpitalu. Odczyn wykonano 2 razy; zawsze + i występował po 10 godzinach, a trwał 4 dni; ostatni bardzo wyraźny na 2 dni przed śmiercią. Rozpoznanie anatomiczne: *Tbc. pulmonum. (Caverna tbc. apicis pulmonis sin. Tbc. caseosa nodosa pulmonis sinistri et lobi superioris pulmonis d.). Pleuropneumonia crouposa lobi inf. pulmonis d. Synechiae pleuriticae sin. Amyloidosis lienis et renum. Ulcera tbc. copiosa intestini crass. Hypoplasia cordis et aortae. Anaemia ac inanitio insignis.*

5. Katarzyna L., lat 57, pozostawała w szpitalu od 21. X. do 8. XI. wśród objawów chorobowych ze strony narządu oddechowego i ciepłoty ciała 38° C. Odczyn wykonany na 10 dni przed śmiercią, miał nasilenie ‡ i trwał przez 5 dni. Oględziny pośmiertne: *Tbc. pulmonum. (Caverna tbc. apicis pulmonis d. Tbc. caseosa disseminata pulmonis d.). Pneumonia crouposa lobi sup. pulmonis sin. in stadio hepatisationis rubrae. Synechiae pleuriticae bil. Hypertrophia et dilatatio cordis d. Degeneratio adiposa myocardii. Hyperaemia passiva hepatis, lienis. Ulcera tbc. pauca et superficialia intestini ilei. Inanitio.*

6. Antonina M., lat 50, wyrobnica, pozostawała w szpitalu od 20. I. do 27. II. wśród ogólnego wyniszczenia i obrzęku. Odczyn ‡ na 2 dni przed śmiercią. Rozpoznanie anatomiczne: *Tuberculosis pulmonum et intestinorum (Tuberculosis fibrosa partium superiorum pulmonis utriusque, tuberc. miliaris part. infer. pulmonum. Ulcera tbc. cicatrisantia valde copiosa intestinorum et praecipue intestini ilei). Thrombosis venae cruralis utriusque, anasarca extremitatum infer. Tumor lienis acutus. Decubitus gangraenosus ad os sacrum. Hydronephrosis ambilateralis medii gradus.*

d) W 2 przypadkach gruźlicy prosówkowej u mężczyzny 26-letniego i kobiety 87-letniej nie można było stwierdzić dodatniego odczynu pomimo kilkakrotnego zakraplania 1% tuberkuliny do worka spojówkowego. Przypadki te pokrótce przedstawiają się następująco:

1. Ferdynand Ż., lat 26, listonosz; poprzednio zdrów, nadużywał napojów wyskokowych. Do szpitala przyjęty 26. X. 1907 wśród ogólnego znacznego wynędznienia w stanie nieprzytomnym i gorączki 40° C. W ciągu spostrzegania klinicznego, t. j. od 26. X. do 21. XII.: ciepłota ciała wahała od 39,5—36,5° C. (częstokroć o rannych wzniesieniach większych, niż wieczornych), poty rozpływne, majaczenie, coraz większe wyniszczenie ogólne; w płucach rozsiane liczne drobne rzężenia i objawy zagęszczenia szczytów; kaszel skąpy, suchy, oddechów 32; tętno 132, miękkie; mocz zawiera ślad białka. Rozpoznanie kliniczne: *Induratio apicum pulmonum. Processus bacillosus disseminatus pulmonum. Pachymeningitis in alcoholico.* — Wśród ogólnego wyniszczenia nastąpiło zejście śmiertelne 21. XII. 1907. Odczyn spojówkowy wykonano 9 razy z wynikiem ujemnym. Sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne, a protokół oględzin pośmiertnych pokrótce opiewał: *Tbc. glandularum peritonealium, peritrachealium et peribronchialium. Cavernae tbc. apicis pulmonis utr. Synechiae pleuriticae bil. ad partes superiores pulmonum. Tuberculosis miliaris universalis. Tbc. miliaris et caseosa nodosa disseminata pulmonum. Tbc. intestini ilei. Leptomeningitis tbc. circumscripta ad convexitatem hemisphaerae sinistrae cerebri. Degeneratio adiposa renum. Infiltratio adiposa hepatis. Macies.*

2. W drugim przypadku u kobiety 87-letniej Maryi G. wykonano odczyn dwukrotnie w ciągu 14-dniowego spostrzegania klinicznego z wynikiem ujemnym; chora zmarła wśród objawów gruźlicy prosówkowej płuc, miażdżycy ogólnej i wiądu ogólnego starczego. (*Tbc. miliaris utriusque pulmonis. Pneumonia hypostatica bil. Arteriosclerosis maj. gradus. Atrophia fusca myocardii. Atrophia senilis renum M. s.*).

e) Ujemny wynik odczynu spojówkowego pomimo zmian gruźliczych niezbyt daleko posuniętych w narządzie oddechowym nie stanowi probierza dla dobrego rokowania, gdyż mimo to może nastąpić nagłe zejście śmiertelne z powodu krwotoku płucnego.

Józef S., lat 43, wyrobnik, pozostawał w szpitalu 12 dni. Wyglądanie chorego wcale dobre, a zmiany fizyczne w płucach nie przemawiały za sprawą gruźliczą daleko posuniętą. Odczyn spojówkowy dwukrotnie ujemny. Śmierć nastąpiła nagle wśród krwotoku płucnego wewnętrznego mimo natychmiastowej pomocy. Sekcya stwierdziła: *Tbc. pulmonum. (Cavernae tbc. utriusque apicis pulmonum praecipue sin. Tbc. fibrosa partis superioris pulm. d. Peribronchitis caseosa nodosa partium sup. pulmonum). Synechiae pleuriticae bil. valde compactae. Hypertrophia et dilatatio cordis d. Tumor lienis chronicus. Haemorrhagia e caverna tbc. apicis pulmonis. d. et aspiratio sanguinis ad partes inf. pulmonum.*

f) Znaczna opuchlina ogólna w następstwie niedomogi mięśnia sercowego lub wodnistości krwi w przebiegu zapalenia przewlekłego lub zwyrodnienia miąższu nerkowego nie wpływała ujemnie na powstawanie dodatniego odczynu spojówkowego w przypadkach schorzenia gruźliczego narządów oddechowych.

Jan M., lat 32, stróż domu, przywieziony do szpitala wśród krwotoku płucnego d. 20. X. 1907. Badanie i spostrzeganie kliniczne przemawiało za rozpoznaniem następującem: *Haemoptöe. Induratio pulmonum praecipue sin. Emphysema pulmonum. Hypertrophia cordis. Insufficientia musculi cordis. Tumor hepatis et lienis ex hyperaemia passiva. Hydrops.* W plwocinach prątki Kocha. Chory zmarł po 6-tygodniowym pobycie wśród objawów niedomogi mięśnia sercowego. Odczyn spojówkowy dwukrotnie z wynikiem dodatnim (za pierwszym razem +, a za drugim ‡ po 10 godzinach przez 3 dni). Protokół pośmiertny pokrótce: *Cavernae tbc. recentes apicis pulmonis sin. Tbc. levioris gradus nodosa pulmonis utriusque. Synechiae pleuriticae ad apices. Emphysema pulmonum ss. hypertrophia et dilatatione cordis d. Hyperaemia pass. universalis. Hydrothorax bil. Hydropericardium. Ascites. Degeneratio adiposa myocardii et renum. Anasarca.*

(C. d. n.)

Z Zakładu anatomii porównawczej U. J. (Prof. H. Hoyer.)

Zachowanie się krętków bladych *(spirochaete pallida)* w zmianach kiłowych; szczepienia kiły małpom.

Podali

Prof. Dr Fr. Krzyształowicz i Prof. Dr M. Siedlecki.

(Dokończenie).

Jeżeli porównamy nasze wyniki, co do ilości dodatnich szczepień z takimiż innych autorów, to stwierdzić możemy, że nie były one gorsze od wyników Miecznikowa i Rouxa, Fingera i Landsteinera, a mało się różniły na niekorzyść od wyników Neissera, Thibiergea i Ravauta.

Rany po szczepieniu goiły się szybko bez ropienia, pokrywały się bowiem tylko cienkim strupem, który mniej więcej po tygodniu odpadał, nie pozostawiając prawie zupełnie śladu.

Czas wylęgania zmiany powstałej po szczepieniu nie był jednakowy, jak to zresztą wszyscy autorowie w swoich przypadkach spostrzegali. Nicolle otrzymywał guzki po 15—19 dniach w trzech przypadkach szczepienia u *macacus sinicus*, Miecznikow i Roux podają czas wylęgania na 22—37 dni, średnio 29 dni, Neisser 15—65 dni, najczęściej zaś 3—5 tygodni, Finger i Landsteiner określa minimum na 10 dni, maximum 42 dni, a średnio 22 dni; Thibierge i Ravaut spostrzegali zmiany w 20—35 dni po szczepieniu, wreszcie Kraus podaje średnio 20 dni, jako czas pojawiania się zmiany, stwierdzając podobnie jak Neisser, że zmiana nie pojawia się przed upływem dwóch tygodni. Te różnice, zresztą nie zbyt znaczne, pochodzą prawdopodobnie z niezupełnie jednakowego określenia początku zmiany; Finger oznaczał n. p. początek zmiany już w chwili pojawienia się choćby nieznacznego zaczerwienienia, natomiast Neisser uważał dopiero wyraźny guzek za znamienną zmianę.

W naszych doświadczeniach oznaczaliśmy powstanie zmiany dopiero wtedy, gdy u małpy. oglądanej w klatce, a zatem z pewnej odległości, można było spostrzedz wyraźny naciek. Stąd najwcześniej spostrzegaliśmy nacieki w 19. dniu po szczepieniu, najpóźniej zaś po miesiącu, średnio zaś oznaczyć możemy 23. dzień, jako czas pojawienia się wyraźnej zmiany kiłowej po szczepieniu.

Wynik dodatni polegał na pojawieniu się w miejscu szczepienia drobnego guzka, pokrytego łuską, po odjęciu której widać powierzchnię lśniącą i zaczerwienioną, ale gładką, bez ubytków, nawet powierzchownych. Otrzymywaliśmy zatem nacieki takie, jakie opisują Thibierge i Ravaut, w przeciwieństwie do Fingera i Landsteinera, którzy mówią o powstawaniu strupa, po odjęciu którego spostrzegano płaskie, ostro odgraniczone, powierzchowne nadżerki *(erosiones)*. Guzek powstały po szczepieniu był nieco twardszy od otoczenia, — nie można jednak mówić w tym razie o tak wybitnem stwardnieniu, jakie wyczuwamy zazwyczaj w zmianach pierwotnych u ludzi, ale istnieje naciek wyraźny, dający się wyczuć w skórze w postaci guzka, jak to Thibierge i Ravaut, Finger i Landsteiner, Kraus, Neisser stwierdzają badaniem histologicznem, a o czem i sami przekonaliśmy się w jednym przypadku.

Nacieki tego rodzaju, otrzymane po szczepieniu, zmieniały się w naszych przypadkach w kilku tygodniach. Ale zaznaczyć musimy, że zmiana ta była bardzo różna w dwóch grupach przypadków. W jednych (3 przyp.) naciek wzrastał bardzo nieznacznie przez 2—3 tygodni od chwili pojawienia się, poczem zaczynał się zmieniać, przybierając barwę więcej żółtą i zmniejszając się, przyczem powierzchnia nacieku wyraźnie się łuszczyła.

W drugiej grupie przypadków, także w liczbie trzech, nacieki, powstałe po szczepieniu, zmieniały się wyraźnie w całkiem inny sposób. Gdy w poprzednio wymienionych przypadkach naciek pierwotnie powstały powiększał się tylko bardzo nieznacznie, to w drugiej grupie przypadków nacieki wzrastały w przeciągu kilku tygodni bardzo wybitnie, zajmując zazwyczaj całą długość brzegu powiekowego. W tym okresie najwyższego rozwoju nacieki na powiece składały się z pojedynczych guzków, ściśle obok siebie ułożonych, mających te same znamiona, co guzek pierwotny, ale więcej wyniosłych nad powierzchnię i pokrytych łuskowatym strupem, pod którym powierzchnia była gładka i lśniąca. Ustępowanie nacieku wymagało też znacznie dłuższego czasu tak, że w jednym przypadku jeszcze w trzy miesiące od pojawienia się nacieku pierwotnego zmiana, chociaż już ustępująca, była jeszcze widoczna. W drugim przypadku w 10 tygodni od początku zmiany naciek był tak rozwinięty, że wycięto jego kawałek w celu szczepienia drugiej małpie i otrzymano, chociaż słaby, ale dodatni wynik. W tym przypadku jeszcze w pięć miesięcy od czasu wystąpienia zmiany, naciek, wprawdzie mniejszy i więcej płaski, zajmował jeszcze brzeg powieki.

Trzeci przypadek przedstawia w swym przebiegu tyle zajmujących szczegółów, że opiszemy go nieco obszerniej.

Małpę (*Macacus rhesus* Nr 4), zaszczepiliśmy w dniu 24. maja 1906 r. na brzegu powieki lewej i wewnętrznej blaszce napletka miazgą z nacieku pierwotnego kącika ust, trwającego wedle podania chorej około miesiąca. W dniu 20. czerwca zapisano, że od kilku dni spostrzegano zaczerwienienie powieki, a zatem mniej więcej w 20 dni po szczepieniu. Przy bliższem oglądaniu w uśpieniu widzieliśmy wyraźny naciek na brzegu powieki wielkości prosa. W dwa tygodnie później naciek był wyraźnie większy, mniej rozlany i pokryty łuską, po której odjęciu naciek miał powierzchnię wybitnie zaczerwienioną, lśniącą i suchą. W miesiąc później początkowy guzek rozrósł się znacznie, a w trzy miesiące od dnia szczepienia zajmował całą długość brzegu powiekowego. Naciek ten był wyniosły nad powierzchnię, barwy różowej, o powierzchni nie tak gładkiej, jak poprzednie i zajmował niejednakowo szerokim pasem cały brzeg powieki. Sprawiał zatem wrażenie nie jednolitego nacieku, zajmującego całą grubość skóry powieki, a częściowo i błony śluzowej, ale nacieku złożonego z pojedynczych guzków różnej wielkości, leżących ściśle obok siebie.



Ten duży naciek pozostawał w tym stanie, prawie niezmienionym, przez czas dłuższy (około dwóch miesięcy) tak, że w listopadzie, t. j. prawie w pół roku od dnia szczepienia, zapisaliśmy ten sam obraz. Mniej więcej od tego czasu guzki zaczęły się zmniejszać i przypłaszczać, ale tak powolnie, że ustępowanie trwało jeszcze około pięciu miesięcy.

W maju następnego roku (1907) kiedy po nacieku brzegu powiekowego istniał już tylko ślad, zauważyliśmy lekkie zaczerwienienie na górnej części szczepionej powieki pod brwią tejże strony, w kilka tygodni potem zaś trzy guzki, w szeregu ułożone, oddzielone od siebie mostkami skóry zupełnie prawidłowej. Te drobne nacieki, dochodzące do wielkości soczewicy, początkowo suche i mało wyniosłe, powiększały się nieco i przybierały kształt więcej rozlany. W dniu 20 września 1907 (16 miesięcy od czasu szczepienia) w którym dokonano załączonej fotografi (rycina), obraz był następujący: Na lewej powiece w górnej części po-

niżej brwi są widocznie trzy nacieki płaskie, mało wyniosłe nad powierzchnię otaczającej skóry. Srodkowy największy, wielkości małej fasoli, dwa boczne zaś wielkości soczewicy. Te dwa są zupełnie suche, jakby zapadłe, barwy bardziej żółtej, środkowy zaś jest nieco wyniosły, barwy żywo czerwonej, o powierzchni częściowo obnażonej z naskórka i sączącej. Naciek duży jest w części środkowej zaklęśnięty, a tylko brzegi są nieco wyniosłe i ściśle odgraniczone od otoczenia. W całości guzki te sprawiają wrażenie nie zwyczajnych guzków świeżych, ale guzków kiłowych okresu późniejszego (*papulosa serpiginosa erosiva*). Gruczoły na szyi, w pachach i pachwinach, a nawet w okolicy łokciowej, dawały się łatwo wymacać w dość znacznej ilości i średniej twerdości.

Winniśmy wreszcie dodać, że dnia 28 września 1906 wyskrobaliśmy część nasieku i otrzymaną miazgą zaszczepiliśmy jedną z małp (*mac. cynomolgus* Nr 10). Po 28 dniach pojawił się na brzegu powiekowym szczepionego zwierzęcia wyraźny choć drobny naciek, z którego wyciśnięta ciecz zawierała krętki. Naciek ten, który utrzymywał się około 5 tygodni, zaliczyliśmy do objawów grupy poronnej.

Przeglądając piśmiennictwo, można łatwo stwierdzić, że różni autorowie otrzymywali u małp niższych zmiany wyraźne, ale w przeważnej liczbie przemijające. Tak Neisser, Miecznikow i Roux, jak Finger i Landsteiner, Kraus, Thibierge i Ravaut mówią o guzkach szybko przemijających, w niektórych przypadkach o naciekach rozszerzających się i zajmujących czasami całą powiekę. Dlatego i w naszych przypadkach uzasadnionym jest podział na dwa odrębne typy; jeden o zmianach szybko przemijających, dlatego mówićby można o objawach poronnych, ze względu właśnie na to szybkie ustępowanie zmian, na krótkotrwałości objawów. W drugim szeregu przypadków odczyn, powstały po szczepieniu, nazwaćby można przewlekłym. Zasadnicza różnica polega na rozwoju zmiany, gdyż w drugim typie przypadków powstały guzek rozszerza się w ciągłości, bezpośrednio obok niego powstaje ich więcej, stają się więcej wyniosłe, większe i trwają znacznie dłużej, niż pojedyńczy guzek, dochodzący zazwyczaj szybko do szczytu rozwoju i prędko znikający.

Przyrodę kiłową tych zmian oceniamy dziś inaczej, niż w badaniach początkowych, kiedy nie znano krętków. Słusznie powiada Kraus, że »tylko znalezienie krętków w tkankach może stanowić obecnie dowód udałego szczepienia«. To też w przypadkach naszych opieraliśmy się przedewszystkiem na tym dowodzie i stwierdzić możemy obecność prątków (niejednokrotnie po bardzo żmudnych badaniach preparatów, wziętych ze zmian, wywołanych u małp), we wszystkich przypadkach dodatniego wyniku szczepienia. Krętki, znajdowane u małp, zachowywały się rozmaicie. Przedewszystkiem znajdowano je w preparatach w niewielkiej ilości, mniej w przypadkach grupy poronnej, więcej nieco w grupie drugiej, nacieków przewlekłych. Postaciowo jednak nie różniły się zupełnie od zazwyczaj spostrzeganych krętków typowych, — obok tego jednak spotykano krętki o mniej wyraźnych skrętach i mniej wyraźnych zarysach ciała, a o końcach nie tak wybitnie zaostrzonych, — wogóle różne postacie rozwojowe krętków, jakie spotykamy w zmianach u ludzi.

Z autorów, którzy zajmowali się szczepieniem kiły małpom, stwierdzili obecność krętków bladych w zmianach, wywołanych u małp niższych, Miecznikow i Roux Kraus i Prantschoff, Hoffmann, Neisser, Schaudinn. Znajdowali je nie tylko wtedy, gdy do szczepienia używano zmian kiły ludzkiej, ale i wtedy, gdy naciek u małp powstał po szczepieniu nacieku, wywołanego u małpy, co potwierdzić możemy również i w naszych przypadkach. Nawet przeprowadzenie jadu przez całą seryę zwierząt pozwalało stwierdzić obecność krętków bladych (Thibierge Ravaut i le Sourd po trzeciem szczepieniu, Finger i Landsteiner przy dwunastem).

Zmiany powstałe w szczegółowo opisanym przez nas przypadku szczepienia dowodzą, że w niektórych przypadkach przyjęcia się jadu może powstać i u małp niższych zakażenie, które uważać musimy za ogólniejsze, niż się to spotyka zazwyczaj. Wzmianki o podobnych przypadkach znajdujemy u różnych autorów. Zabołotny mówi o szybko przemijających wysypkach i u małp niższych (*cynocephalus babuin*). Siegel przedstawiał szczepioną kiłą małpę (*macacus rhesus*), u której wystąpiły sączące guzki na kończynach dolnych i pośladkach. Obaj ci autorowie nie przedstawili jednak żadnego dowodu na to, że spostrzegane zmiany były rzeczywiście kiłowe. To też słusznie zauważa Neisser, który tak wielką ilość małp miał sposobność spostrzegać, że u tych zwierząt występują bardzo często różne wykwity wypryskowe i liszajowate w skórze, szczególnie jeżeli małpy znajdują się w niezbyt korzystnych warunkach.

Neisser jednak, jak wielu innych autorów (Finger i Landsteiner, Miecznikow, Hoffmann, Kraus) opisują powstawanie wysypek w otoczeniu już przemijającego lub zagojonego nacieku pierwotnego. Wszyscy ci autorowie mówią w tych przypadkach o nawrotach okolicznych (regionäre Rezidive) w postaci obrączkowo-pełzającej (*annularis serpiginosa*), znanej i u człowieka pod nazwą okolicznego zakażenia (regionäre Infektion Lang) lub miejscowych wykwitów (*proliférations locales in situ* Hallopeau). Neisser opisuje nawet dwukrotny nawrót podobnej wysypki, raz w 44, a drugi w 214 dni po zagojeniu się nacieku pierwotnego.

W naszym przypadku także tylko o takich okolicznych zmianach może być mowa, ale w tym razie nawet musimy go uważać za wyjątkowy. Należy bowiem przypomnieć, że już pierwotny naciek rozszerzył się bardzo znacznie tak, że następowe guzki, w otoczeniu pierwszego na brzegu powiekowym powstałe, uważać trzeba za zakażenie okoliczne. Dopiero w rok po szczepieniu rozwinęła się zmiana, która przybrała postać pełzającą, jaką widujemy w kile w późniejszych nawrotach, a która przedstawia się, jak drugi nawrót zakażenia w otaczających częściach nacieku pierwotnego. Ważny szczegół w tym przypadku stanowi i obrzęk gruczołów chłonnych w różnych okolicach ciała, co skłaniałoby do przypuszczenia, że zakażenie w tym przypadku było ogólne. Z doświadczeń Neissera wiemy, że szczepienie narządów wewnętrznych małp niższych dawało wyniki dodatnie, co jest dowodem, że rzeczywiście może nastąpić uogólnienie się jadu u tego rodzaju małp. Schaudinn znalazł nawet krętki blade w śledzionie i szpiku kostnym 7 miesięcy zakażonej małpy (*macacus*). Zabołotny stwierdził krętki w narządach wewnętrznych *cynocephalus babuin*. Kraus wyraża jednak powątpiewanie, czy uogólnienie się jadu u małp niższych jest wyrazem ogólnego zakażenia i chociaż Neisser skłonnym jest uważać te małpy za kiłowo chore, Kraus mówi tylko, wyłączając zakażenie ogólne, że u niższych małp krętki się tylko przechowują (Spirochätenträger), gdyż wedle niego nie ma tu objawów klinicznych, ani anatomicznych kiły.

Przypadek nasz zatem przemawia raczej za zdaniem Neissera, że i u małp niższych mówić możemy o zakażeniu ogólnem. Wysypka, powstała w tym przypadku w otoczeniu miejsca szczepienia, dowodzi, że mamy do czynienia z objawami okolicznymi, ale wcale nie wyłącza tego, że jad istnieje w całym ustroju, zwłaszcza wobec stanu gruczołów, a pomimo braku objawów na całej powierzchni skóry. Stanowczo bowiem twierdzić można z Neisserem, że spostrzeżenia kliniczne nie wystarczają dla stwierdzenia rzeczywistego stanu rozszerzenia się jadu. I czas wystąpienia zmian (po roku od czasu zakażenia) wtedy, gdy naciek pierwotny wraz z otaczającymi guzkami prawie zupełnie ustąpił, przemawiałby także za uogólnieniem się czynnego jadu, a pojawienie się wysypki w okolicy miejsca nacieku pierwotnego dowodziłoby tylko większego nagromadzenia się, czy rozwoju pasorzyta w tem właśnie miejscu.

Wreszcie i zachowanie się krętków w tym razie mogło być niejaką wskazówką. Gdy w nacieku pierwotnym tego przypadku ilość typowych krętków była mała, to wtedy, gdy naciek ten rozrósł się znacznie, znaleść je można było znacznie łatwiej, a w zmianach późniejszych krętki były także w ilości większej, niż pierwotnie, — coby dowodziło, że musiał istnieć rozwój krętków.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

Kulpson. **O przywróceniu działalności oksydazy po zagotowaniu.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 6). Badając sok (resp. oksydazę) rzodkwi, zauważył K. ciekawy fakt: jeżeli poddaną gotowaniu i w ten sposób pozbawioną własności oksydazę rzodkwi postawić dłużej, to po upływie pewnego czasu odzyskuje ona swe znamienne cechy (barwi zawiesinę gwajakową, benzydynę i t. d.). K. poddawał gotowaniu oksydazę rzodkwi w ciągu 3 dni po 10—30—60 min., i mimoto po pewnym czasie wszystkie znamienne cechy wracały, chociaż pod koniec w zmniejszonym stopniu. Gotowanie więc nie niszczy oksydazy, lecz przeprowadzą ją jakby w stan zymogenu, który stopniowo przechodzi w stan czynny. Dla rozstrzygnięcia, i jakie znaczenie ma tlen powietrza w przywróceniu czynnego stanu oksydaz, wykonał K. doświadczenia z CO_2, O, H i w próżni. Okazało się, że powrót własności oksydaz we wszystkich przypadkach był jednakowy, że przeto tlen powietrza nie ma przytem wielkiego znaczenia. To samo stwierdził K. i co do oksydaz brukwi, czosnku i chrzanu, które poddawano gotowaniu w przyrządzie Kocha przy 100° C. w ciągu 15 minut. Ciekawem jest jeszcze i to, że siła oksydazy wraca w czosnku i brukwi już na następny dzień, a w chrzanie dopiero na czwarty. Na podstawie tych badań nasuwa się pytanie, czy też ta cecha oksydaz jest właściwą i innym enzymom, może być i hydrolitycznym.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Stoerk. **W sprawie precypitacyi przy gruźlicy.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 9). Bonome stwierdził, że w surowicy chorych na gruźlicę można wykryć właściwe precipityny. S., wzorując się na precypitacyi surowic kiłowych przez lecytynę zaczął badać, czy precypitynogen prątków gruźliczych można odnieść do składników lipoidowych tychże. Badania S. w tym kierunku dały wynik dodatni. Wyciągi bowiem eterowe z przesączów prątków gruźlicy dawały po odparowaniu eteru pozostałość, która po rozpuszczeniu w rozczynie fizyologicznym soli z dodatkiem $^1/_2$ prc. karbolu wywoływała wybitny kłaczkowaty strąt w surowicy chorych na gruźlicę. Surowica osób zdrowych i chorych na inne choroby w tych samych warunkach nie dawała żadnego strątu.

Dr Blassberg.

Oberwarth i Rabinowitsch. **O zakażeniu prątkami gruźliczymi drogą wessania z przewodu pokarmowego.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 6). Autorowie chcieli stwierdzić, czy po stanowczem wyłączeniu możliwości aspiracyi prątków podczas wprowadzania ich do przewodu pokarmowego powstanie w ustroju gruźlica ogólna, zwłaszcza zaś płuc. W tym celu odcinano drogą operacyjną u prosiąt wszelką łączność między przełykiem (lub żołądkiem), a jamę ustną, uniemożliwiając tem samem dostawanie się do niej z powrotem treści żołądkowej. Następnie przez przetokę żołądka wlewano doń hodowle gruźlicze, rozrobione z fizyologicznym rozczynem NaCl. Doświadczenia te dowiodły, że prątki, wprowadzone prosiętom wprost do żołądka, znajdowały się już po 22 godzinach we krwi ich i płucach, czego dowodem był dodatni wynik hodowli i przeszczepiania na świnki morskie. Stwierdzono dalej, że prątki mogą przebywać w tkankach pewien czas w stanie nieszkodliwym. W płucach bowiem i gruczołach krezkowych zakażonych prosiąt, ani gołem okiem, ani mikroskopowo zmian gruźliczych nie wykryto, chociaż zaszczepienie tych narządów innym zwierzętom dało wynik dodatni. Czy prątki, wprowadzone bezpośrednio do przewodu pokarmowego, mogą wywołać anatomiczne zmiany gruźlicze w innych narządach w ustroju, niestety nie stwierdzono.

Dr Wł. Kluger.

Doc. Konstantinowicz. **O stosunku gąsienic mola pszczół** (*galeria melonella*) **do laseczników gruźlicy.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 3). Z polecenia prof. Miecznikowa sprawdzał K. wyniki pracy Mietalnikowa (Centralbl. f. Bacteriologie 1906, t. 41) i doszedł do wręcz przeciwnych wniosków, mianowicie: laseczniki gruźlicy nawet po 5—10-dniowem przebywaniu w przewodzie pokarmowym mola pszczół nie giną wcale i nie tracą swojej jadowitości. Laseczniki gruźlicze, nawet zabite, wprowadzone do ciała gąsienic sposobem Mietalnikowa, nie znikają z ustroju gąsienic w ciągu długiego czasu. W ten sposób nawet i mowy być nie może o prędkiem niszczeniu tych laseczników w ustroju gąsienic, wbrew temu, co twierdził Mietalnikow, i co go skłoniło do stosowania wyciągu z gąsienic dla zwalczania gruźlicy u zwierząt ciepłokrwistych.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

J. Courmont i Ch. Lesieur. **Prątki paratyfusowe i choroby zwane paratyfoidalnemi.** (*Presse méd.* Nr 9, 1908). C. i L. dochodzą do następujących wniosków: Zakażenia zwane paratyfoidalnemi są we Francyi wcale rzadkie. Dla rozpoznawania »paratyfusu«, nie wystarcza odczyn surowiczy, ale niezbędną jest hodowla. Określania »prątki paratyfusowe« i »choroby paratyfoidalne« powinny zniknąć w nauce; prątek Ebertha i gorączka durowa powinny pozostać, jak i dawniej, jedynymi przedstawicielami spraw durowych.

Stahr.

Schur i Wiesel. **O zachowaniu się tkanki chromochłonnej podczas uśpienia.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 8), Autorowie usypiali znaczną liczbę królików przez $^1/_2$—5 godzin i badali zachowanie się nadnerczy i surowicy krwi w różnych okresach uśpienia. Substancyi chromochłonnej ubywało w nadnerczu tak, że już po 5 godzinach nie można jej było znaleść. Równocześnie tracą wyciągi z takich nadnerczy zdolność wywoływania rozszerzenia źrenicy, a całe zapasy adrenaliny przechodzą z nadnerczy stopniowo do obiegu krwi. Po uśpieniu wraca tkanka chromochłonna zwolna w przeciągu 12 godzin do pierwotnego stanu. Przy tak zwanym stanie grasiczym (*status thymicus*) ustroju istnieje niedokształcenie się tkanki chromochłonnej, a autorowie tłómaczą nagłą śmierć w uśpieniu przy stanach powyższych nagłem wyczerpaniem się skąpych zapasów adrenaliny.

Dr Blassberg.

Medycyna wewnętrzna.

Teodor Łapiński: **Przypadek przewlekłego zatrucia chloral-hydratem.** (*Medycyna i Kronika lek. 1908. Nr 8*). Przypadek Ł. dotyczy osobnika, obciążonego dziedzicznie, który żyjąc w biedzie, w walce o byt traci równowagę moralną i oddaje się opilstwu. Opilstwo wywołuje u niego »ostre omamowe bredzenie pijackie«. Wyleczony z tej psychozy oddaje się po niedługim czasie nałogowemu używaniu wodnika chloralu z powodu bezsenności, który zażywa przez długi czas po 1 gr. i dochodzi do 8 gr. na dawkę. To przewlekłe nadużywanie chloralu wiedzie do powtórnego wybuchu psychozy, zupełnie podobnej do tej, na jaką chory zapadł po nadużywaniu wyskoku. Psychoza ta cechowała się zamroczeniem, omamami i złudzeniami wzrokowemi i słuchowemi, urojeniami prześladowczemi i hipochondrycznemi. W ciągu 20-miesięcznego pobytu w szpitalu odzwyczaja się chory od chloralu, odzyskuje prawidłowy sen i poprawia się fizycznie i psychicznie.

Pisarski.

Morawitz: **O sprawach wyrównawczych w krążeniu.** (*Mediz. Klinik. 1908. Nr 8*). Każdy narząd pracuje tylko pewną częścią zasobu swej energii, by w razie nagłej potrzeby mieć siły zapasowe. Jeżeli wymagania nowe wzrosną, wtedy na-

rząd przerasta, nie pozbywając się jednak dalej swych sił zapasowych. Odnosi się to w całej pełni do serca. Zwierzęta, dużo się poruszające, mają serca większe, n. p. zając w porównaniu z królikiem, ptaki szybko latające w porównaniu z domowemi i t. p. Przerost serca spotykamy w pewnych chorobach np. płuc, aorty i nerek, w chorobie Basedowa i t. p. Dla płuc sprawą wyrównawczą jest duszność, t. j. głębsze i pełniejsze i o wiele częstsze oddechy. Płuco pracuje nietylko mechanicznie, ale także biochemicznie jako gruczoł. Widzimy to np. w górach na wielkich wysokościach, gdzie jest w powietrzu stosunkowo mniej tlenu, a przecież zostaje absorbowany w dostatecznej ilości. Tkanki zaopatruje tlenem hemoglobina, która tworzy z nim połączenie niezależnie od ciśnienia. Zachodzi tu również sprawa wyrównawcza. W razie bowiem nizkiego ciśnienia atmosfery zwiększa się zaraz liczba ciałek czerwonych i ilość hemoglobiny, co stwierdzić też można doświadczalnie w komorach pneumatycznych, jak również przy zatruciach tlenkiem węgla i w pewnych postaciach wrodzonych wad serca. Odwrotnie spotykamy również sprawy wyrównawcze przy zmniejszonej ilości hemoglobiny. Prawidłowo zawiera się w 100 cm. krwi ludzkiej około 14 gm. hemoglobiny. Przy wolno postępujących sprawach utracić może człowiek bardzo dużo hemoglobiny bez wybitnej szkody, inaczej jednak przy utratach nagłych; przy nagłej utracie połowy ilości Hb następuje uduszenie. Ustrój radzi sobie w podobnych przypadkach w różny sposób. Przedewszystkiem, jak na początku wspomnieliśmy, rozporządza ustrój większą ilością tlenu w ogóle, niż tego potrzeba, bo n. p. krew żylna zawiera jeszcze około 60% tlenu tak, że zaledwo około 34% tlenu tętniczego zostaje zabsorbowane. Dalej hemoglobina jest sama takiem połączeniem, które w miarę potrzeby różnie tlen absorbować może. W warunkach prawidłowych wiąże 1 g. hemoglobiny 1·34 cm³ tlenu, w warunkach chorobowych spotykać możemy jednak bardzo wielkie różnice w tym względzie. Dalej wiemy z doświadczeń Bohra, że im więcej we krwi jest bezwodnika kwasu węglowego, tem łatwiej tlen przechodzi do tkanek. Nadto przy braku krwi serce pracuje znacznie szybciej, by w tym samym czasie wysłać dostateczną ilość krwi do tkanek. Tak zwane szmery anemiczne mają źródło właśnie w tym szybszym prądzie krwi. Przy braku więc dostatecznej ilości krwi pomaga sobie ustrój różnemi sprawami wyrównawczemi, jak zupełnem wyzyskaniem tlenu, silniejszą wentylacyą płuc, szybszem krążeniem krwi i może zmiennością hemoglobiny w stosunku do łączenia się z tlenem. Sprawy te są jeszcze niezupełnie jasne. Może obecnie przez wprowadzenie sposobów obliczania ogólnej ilości krwi u osobnika żyjącego, postąpimy trochę naprzód i poznamy lepiej sposoby, którymi w podobnych przypadkach ustrój sobie pomaga, co znowu przez naśladowanie natury naprowadzić nas może na nowe sposoby leczenia wielu cierpień. *K.*

Feliks Arnstein: **O kąpielach kwasem węglowym nasyconych w stwardnieniu tętnic i duszniey bolesnej.** (*Medycyna i Kronika lek. 1908. Nr 4*). Powszechne uznanie zdobyło sobie stosowanie kąpieli z kwasem węglowym w przebiegu wad zastawkowych serca, szczególnie w okresie rozpoczynającego się zaburzenia wyrównania. To korzystne działanie tłómaczy się pobudzeniem obwodowego krążenia, pobudzeniem czynności serca na drodze odruchowej i podniesieniem ciśnienia krwi w układzie tętniczym. Natomiast różne są zapatrywania na sprawę stosowania kąpieli z kwasem węglowym w stwardnieniu tętnic i duszniey bolesnej, a przeciwnicy tych kąpieli wskazują na podniesienie się ciśnienia krwi w tych cierpieniach i na wpływ kąpieli z kwasem węglowym na to ciśnienie. Co się tyczy podniesienia się ciśnienia krwi przy stwardnieniu tętnic, to istnieją dzisiaj liczne badania, dowodzące, że w przebiegu stwardnienia tętnic może być ciśnienie krwi prawidłowe lub nawet niższe od prawidłowego. Co do wpływu kąpieli z CO_2 na ciśnienie krwi, to wielu badaczy stwierdzało podniesienie się ciśnienia po tych kąpielach, wielu jednak, a pomiędzy nimi wielu lekarzy nauheimskich, żadnego wpływu na ciśnienie nie stwierdzało, a często zauważano nawet obniżenie się ciśnienia krwi. Tę sprzeczność w poglądach objaśniają tem, że ciepłota kąpieli, a nie kwas węglowy wpływa głównie na zmianę ciśnienia. Odpowiednio do tych różnych poglądów na działanie kąpieli z kwasem węglowym przy stwardnieniu tętnic, jedni lekarze odradzają je, inni polecają. A. należy do zwolenników z kąpieli CO_2. Postawienie wskazania do stosowania kąpieli z kwasem węglowym przy stwardnieniu tętnic powinno być jednak wynikiem dokładnej oceny różnych warunków, a przedewszystkiem powinno zależeć od ogólnego stanu chorego i jego odporności. Doświadczenie nauczyło autora, że kąpiele z kwasem węglowym, zastosowane w odpowiednich przypadkach stwardnienia tętnic, mogą przynieść rzetelną korzyść choremu. Kąpiele z bezwodnikiem węglowym będą wskazane: 1) W stwardnieniu tętnic, w tym okresie, w którym skutkiem długotrwałej zwiększonej pracy serca i złego odżywiania mięśnia sercowego następuje osłabienie jego czynności, czyli objawy niedomogi mięśnia sercowego. 2) Gdy sprawą sklerotyczną zajęty jest mięsień serca, skutkiem czego czynność jego jest upośledzona. 3) Przy dusznicy bolesnej, o ile nie jest ona powikłana zaburzeniami, wskazującemi na stwardnienie drobnych naczyń mózgu i nerek, i o ile ciśnienie krwi nie jest nadmiernie podniesione. Przeciwwskazane będą kąpiele z kwasem węglowym u osobników, u których kruchość naczyń doszła wysokiego stopnia, w stwardnieniu tętnic mózgowych, w śródmiąższowem zapaleniu nerek, w tętniakach, przy nadmiernie podniesionem ciśnieniu krwi i przy tłuszczowem zwyrodnieniu mięśnia sercowego. *Pisarski.*

F. Moritz. **W sprawie opukiwania prawej granicy serca.** (*Deut. med. Wochen.* Nr 9. 1908). Autor polemizuje z Curschmanem i broni swego zapatrywania zapomocą szeregu ortodiagraficznych zdjęć podwójnych prawego brzegu serca przy prawidłowym oddechu i w głębokim wdechu, przyczem stwierdza, że nie istnieje przesunięcie granicy ku bokom, a jedynie nieznaczne obniżenie serca; sądzi więc, że jego metoda badania stłumienia lewego serca przy średnio silnem lub słabem pukaniu, prawego serca przy silnem pukaniu i tu przy zastosowaniu głębokiego wdechu i to jedynie dla ułatwienia zadania jest całkowicie uzasadniona, a w każdym razie nie jest błędna. *Dr Skórczewski.*

Herz. **Ruchome serce a neurastenia.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr 9. 1908). Wzmożoną ruchomość serca z przesuwalnością do 3 a nawet 4 cm. napotykamy przy miażdżycy tętnic, błędnicy i neurastenii. O przyczynach powstawania wzmożonej ruchomości serca w stanach powyższych wyrażano najrozmaitsze przypuszczenia, atoli dotąd związek przyczynowy nie został dostatecznie i zadowalniająco wyjaśniony. Romberg podnosi, że znaczna część neurasteników ze wzmożoną ruchomością serca dotknięta jest równocześnie znaczną miażdżycą tętnic. Udział miażdżycy w takich przypadkach jest łatwo zrozumiały, gdyż przez wydłużenie nasady aorty górny punkt przyczepu serca jest przesunięty ku dołowi. Przy błędnicy i neurastenii upatruje H. przyczynę w osłabieniu mięśni całego ciała i obniżeniu napięcia mięśniowego. Osłabienie mięśni wywołuje u neurasteników opuszczoną postawę ciała, niejako zapadanie się ciała i niedostateczne ustalenie kręgosłupa. O ile zastosujemy wówczas żołnierskie naprostowanie, to wzmożona ruchomość serca ustępuje, uderzenie koniuszkowe znika z pod palca i przesuwa się na wewnątrz linii sutkowej. *Dr Blassberg.*

M. Roch i R. Burnand. **Gośćcowe zapalenie tętnic obwodowych.** (*Sem. médic.* Nr 13. 1908). Powszechnie znaną jest rzeczą, że w toku gośćca ostrego powstają często zapalenia wsierdzia i osierdzia, żeby jednak jad gośćcowy sadowił się w tętnicach, szczególnie obwodowych, tego do ostatnich czasów nie stwierdzono w sposób bezwzględnie pewny. Pod mianem ostrego zapalenia gośćcowego tętnic obwodowych opisywali wprawdzie niektórzy autorowie pewne sprawy, toczące się w toku gośćca w naczyniach obwodowych, jednak wszystkie te przypadki są niepewne. R. i B. opisują podobny przypadek u 31-letniego chorego. I ten przypadek nie jest stwierdzony anatomicznie. Odróżnienie omawianej sprawy od zatoru materyałem, który dostać się może na obwód z zajętego równocześnie prawie zawsze wsierdzia, jest prawie niemożliwe. R. i B. przypuszczają, że zapalenie tętnic obwodowych na tle gośćca jest dość częste, tylko, że nie wiedząc o tem, mało zwracamy na nie uwagi. W końcu przedstawiają R. i B. doniosłość tej sprawy dla później w tętnicach rozwijającego się stwardnienia. *Stahr.*

Silbergleit. **O wpływie kąpieli mających własność emanacyi radowej na wymianę materyi u człowieka.** (*Berlin. klin. Wochschft.* 1908. Nr. 10). Celem autora było określić wpływ kąpieli z emanacyą radową na ogólną wymianę materyi, na podstawie mierzenia wymiany gazów przyrządem respiracyjnym Zuntza-Gepperta. Badany osobnik siedział po brodę w wodzie, mającej 34° C. stałej ciepłoty. (Dno wanny było podgrzewane). Najpierw mierzono wymianę gazów w kąpieli zwykłej, a następnie dodawano do wody albo radiosalu albo emanosalu. W pół godziny po dodaniu tych przetworów rozpoczynano mierzenie. Wynik badań był ujemny. Pod wpływem kąpieli z emanacyą radową nie wystąpiło ani wzmożenie, ani obniżenie wymiany materyi. Wynik ten jednak zdaniem S. nie przemawia przeciw leczniczemu działaniu takich kąpieli, jedynie stwierdza, że nie działają one przez wzmożenie wymiany materyi. *Dr W. Kluger.*

Pedyatrya.

Szkaryn. **Choroba Basedowa we wczesnem dzieciństwie.** (*Wraczebn. Gaz.* 1908, Nr 1—2). U dzieci zdarza się choroba Basedowa 50 razy rzadziej, niż u dorosłych; ogłoszono dotąd 50 przypadków. Wiek najwcześniejszy $2^1/_2$ r. W wieku do 5 lat spostrzegano 5 przypadków (10 prc.), od 5—10 lat 16 przypadków (32 prc.), od 10—17 lat 28 przypadków (56 prc.). S. podaje własny przypadek choroby Basedowa u dziecka $4^1/_2$-letniego z wolem, wysadzeniem oczu, przyspieszeniem i niemiarowością czynności serca, oraz podaje w streszczeniu 5 opisanych dotychczas przypadków tej choroby w wieku do lat 5. W porównaniu z chorobą Basedowa u dorosłych, zjawianie się jej u dzieci charakteryzują następujące cechy: szybszy rozwój, niemiarowość tętna, jako bardzo rzadki objaw, nieznaczny rozwój wola, najczęściej obustronnego, nigdy wyłącznie lewostronnego, wysadzenie oczu rozwinięte słabiej i należące do pierwszych objawów choroby, rzadkość objawów Stellwaga, Möbiusa, Graefego, wreszcie przyspieszony wzrost dzieci. Częstą jest dziedziczność wola, jak również powstanie jego po chorobach zakaźnych. Leczenie: konwalia, kozłek, jod, galwanizacya. S. widział polepszenie po antytyreoidynie Möbiusa. *Nelken.*

F. Siegert. **Leczenie krzywicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 11). Autor, wychodząc z zapatrywania, że przekarmianie dziecka i zbyt wielka obfitość tłuszczów w pożywieniu grają wielką rolę w powstawaniu krzywicy, poleca jako środki zapobiegawcze prócz odpowiedniej higieny mieszkania i ubrania pożywienie nietłuste i skąpe co do ilości. Zaparcie stolca leczy S. dyetą i miesieniem. W leczeniu już istniejącej krzywicy ogranicza S. lub zastępuje mleko i jaja zapomocą jarzyn i owoców, gruboziarnistego chleba. Ubranie poleca przewiewne, posłanie twarde, przykrycie lekkie. Przy wypryskach skórnych kąpiele aromatyczne. W razie przerostu migdałków należy je wyciąć. Spasmofilię leczy S. tranem z fosforem 1: 10000, podczas drgawek podaje brom, chloral i przetwory makowca. Podaje również fosfor z tranem i żelazo (w postaci związku hemoglobinowego) przy krzywicy niepowikłanej, natomiast podawania wapna nie uważa za konieczne, a nawet przy spasmofilii raczej za przeciwwskazane (Stoelzner). Leczeniem ortopedycznem S. się nie zajmuje. *Dr Skórczewski.*

Mühsam. **Leczenie pyocyanazą w błonicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 6). Autor, stwierdziwszy bakteryobójcze działanie pyocyanazy na hodowle prątków błoniczych, dalej nieszkodliwość wstrzykiwania hodowli prątków z domieszką pyocyanazy świnkom morskim, zaczął stosować w błonicy u ludzi pyocyanazę miejscowo na zmiany w gardle, rozpylając 3 razy dnia po 2 ctm. sz. pyocyanazy, ogrzanej do 40° C. Pięciu chorych, u których stosował rozpylanie pyocyanazy, wyzdrowiało, z 18 leczonych pyocyanazą i surowicą przeciwbłoniczą 4 zmarło; dwóch z nich w pierwszej dobie po przyjęciu. M. zauważył przy stosowaniu pyocyanazy szybkie rozpuszczanie się błon błoniczych i szybkie znikanie cuchnienia z ust i poleca stosować ten środek razem z surowicą. *Dr Skórczewski.*

Ferraris. **Próby żywienia mieszanką maślankową.** (*Corrbl. f. schw. Ärzte* 1908, Nr 3). Uzyskaną w mleczarni maślankę przygotowuje F. w sposób następujący: 15 gr. mąki pszennej miesza się na zimno z kilku łyżkami maślanki, tę mieszaninę wlewa się do litra maślanki i dodawszy 60 gr. cukru ogrzewa się, ciągle mieszając, zwolna (15—20 minut) aż do zawrzenia. Po dwukrotnem jeszcze zawrzeniu zlewa się gorący płyn do poprzednio wyjałowionych flaszeczek, zatyka się je kapslami gumowemi i przechowuje w miejscu zimnem. Zapomocą tej mieszanki osiągnął F. dobre wyniki w ogólnym zaniku (*atrophia infantum*), u dzieci niedokrwistych i dotkniętych krzywicą z wrażliwym żołądkiem. Natomiast przy nieżytach jelit, przebiegających z ciężkimi objawami zatrucia, używa F. mieszanki tej tylko bardzo ostrożnie. *Dr M. Lauterbach* (Wiedeń).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w d. 18. marca 1908.

Przewodniczący Prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 51.

1) Po odpowiedniem przemówieniu Prezesa kol. Borzęckiego i kol. Rektora Jakubowskiego nastąpiło odsłonięcie portretu ś. p. Dra Kremera, założyciela Tow. lek. krak. Imieniem rodziny ś. p. Kremera zabiera głos kol. prof. Domański, życząc Towarzystwu dalszego pomyślnego rozwoju.

2) Kol. Łapiński przedstawił przypadek **gynekomastia vera.**

3) Kol. Regiec wygłosił odczyt: **O gimnastyce szwedzkiej** (z demonstracyami świetlnemi).

W dyskusyi zabierają głos: Kol. Wachtel, który podnosi, że myślą przewodnią Zandera było, żeby przyrządami, podanymi przez niego, zastąpić użycie pomocy nieraz 2—3 osób, które są nierzadko bezwarunkowo potrzebne przy wykonywaniu gimnastyki szwedzkiej. — Kol. Chlumsky jest zdania, że obok aparatów Zanderowskich potrzebna jest i gimnastyka szwedzka i w ten sposób prowadzone leczenie est dopiero skutecznem. Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Posiedzenie w d. 1. kwietnia 1908.

Przewodniczy kol. Prezes Borzęcki. Obecnych członków 38.

1) Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. prof. Mierzejewskiemu, który był członkiem honorowym Towarzystwa i ś. p. Józefowi Zollowi.

2) Kol. Prezes odczytuje pismo c. k. Namiestnictwa co do ustawy o chorobach zakaźnych i pismo Wydziału krajowego w sprawie reformy szpitalnictwa krajowego. Przyjęto do wiadomości.

3) Komitet przedstawia Dra Gundruma z Zagrzebia na członka korespondenta Tow., a kolegę Bielańskiego na Prezesa komisyi przemysłowej; wnioski te uchwalono jednomyślnie.

4) Kol. Kader przedstawia przypadki operowane *a)* **gruźlicy kątnicy,** *b)* **raka okrężnicy,** *c)* **plastyki ścięgien,** *d)* **raka części odźwiernikowej żołądka.**

5) Kol. Radliński przedstawia przypadek wyjęcia **raka migdałka** przez faryngotomię boczną.

6) Kol. Landau przedstawia przypadek **choroby Moeller-Barlowa.**

7) Następnie Dyr. Trochanowski wypowiedział odczyt **O wodach iwonickich.** Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VIII. posiedzenie naukowe dnia 3. kwietnia 1908.

I. Prof. Mars przedstawia *a)* preparat macicy ze **zgorzelinowo rozpadającym się włókniakiem.** Preparat pochodził z chorej, która 3 razy rodziła, a następnie tyleż razy roniła. Po ostatniem poronieniu ustawiczne krwawienia, następnie odchody cuchnące, którym towarzyszyły objawy ogólnego zakażenia. Przed owymi ogólnymi objawami wyskrobano macicę i rozpoznawano rozpadającego się włókniaka. Na wyłuszczenie macicy chora z początku nie chciała się zgodzić. Dopiero, gdy już wystąpiły groźne objawy, wykonano wycięcie nadpochwowe ze względu na skrócenie czasu operacyi. Prelegent omawia pokrótce wpływ połogu na włókniaki. Przypadek przedstawiony zasługuje na uwagę ze względu na korzystny wynik operacyi mimo tak późno wykonanego zabiegu; *b)* chorą, którą **operowano** sposobem Picola **z powodu wynicowania macicy po porodzie,** polegającem na pęknięciu tylnej ściany wynicowanej macicy. — W dyskusyi ad *a)* Prof. Sołowij podał kilka szczegółów klinicznych o chorej, która pierwotnie do niego się zgłosiła.

II. Dr Reis omawia przypadek, w którym stwierdził **gąsienice much w oczodole rakowo wrzodziejącym;** wydobył z niego 240 sztuk gąsienic muchy złotej (*Lucilia*). W czasach przedantyseptycznych pojawianie się gąsienic w ranach należało do rzeczy zwykłych; R. przytacza dość skąpe piśmiennictwo, tyczące się muszycy oka, oraz dane różniczkowe, służące do oznaczania pokrewnych rodzajów muchy na podstawie gąsienic.

W dyskusyi podnosi Prof. Gluziński, że podobne rodzaje gąsienic much nagabują przewód pokarmowy, wywołując szereg nawet ciężkich przypadłości, szczególnie u dzieci. — Dr Skałkowski widział przypadki zanieczyszczenia gąsienicami wrzodów goleni i to pod opatrunkiem. — Prof. Machek zaznacza, że owo pojawianie się gąsienic powstawało dawniej zwłaszcza w związku z nieodpowiedniem leczeniem. — Dr Ziembicki W. omawia różne rodzaje larw, spotykane w stolcach; szczególnie niebezpieczna jest spotykana w serze (*Pyophyla casei*).

III. Dr Nowicki przedstawia: *a*) preparat **wrodzonego braku znacznej części jelita grubego.** U noworodka 5-dniowego, u którego z powodu typowych objawów niedrożności jelit utworzono odbyt sztuczny, znalazł N. brak prawie całego ramienia wstępującego i poprzecznego okrężnicy. Żołądek i jelita cienkie, szczególnie dolna część biodrowego, bardzo rozszerzone. Kątnica, kilkanaście razy powiększona, kończyła się ku górze ślepo gładką kopulastą powierzchnią; w świetle jej bardzo dużo prawidłowo zabarwionej smółki. Dalsza część jelita zaczynała się ślepym gładkim na powierzchni początkiem w okolicy śledzionowej, jako bardzo cieniutkie, skurczone, zupełnie drożne aż do odbytu jelito, zawierające gęsty biały śluz. Na otrzewnej nie było żadnych zrostów ani innych śladów przebytego zapalenia, również żadnego, w szczególności postronkowatego połączenia między obu ślepymi końcami jelita. Żadnych wreszcie śladów po skręceniu, wgłobieniu lub uwięźnięciu; przeciwko tym sprawom przemawia badanie drobnowidowe owych ślepych końców. N. przypuszcza, że jest to wada rozwojowa i w początkach rozwoju zarodka powstała, może na tle nierozwinięcia się odpowiednich naczyń; zaznacza w końcu, że wśród wrodzonych niedrożności jelit najrzadziej spotyka się je w jelicie grubem i to w tak znacznym, jak tu stopniu; *b*) preparat z **wrodzonym brakiem w przegrodzie międzykomorowej** i następowem tętniakowatem wypukleniem zastawki tętnicy głównej. Preparat pochodzi z mężczyzny 23-letniego, u którego za życia nie można było uczynić pewnego rozpoznania. Otwór w przegrodzie międzykomorowej usadowiony bardzo wysoko tuż pod odejściem tętnicy płucnej i głównej. Przez otwór ten wypukla się tętniakowato do komory prawej zastawka tętnicy głównej wraz z najbliższą okolicą, tworząc tętniak wielkości orzecha tureckiego, który pękł na szczycie.

Witold Nowicki.

Posiedzenie naukowe lekarzy przemyskich dnia 3. IV. 1908. w szpitalu powszechnym.

Przewodniczący kol. Kramarzyński.

I. Po oprowadzeniu obecnych po oddziele chirurgicznym i położniczo-ginekologicznym, przyczem objaśnień udzielali kol. Doliński i Herman:

1) Kol. Herman przedstawia 22-letnią chorą N. M., u której w piątym dniu **po częściowem wycięciu wola** ogromnych rozmiarów pojawiła się **tężyczka.** Wycięto cały płat prawy, a z lewego pozostawiono róg górny. W czasie operacyi obfite krwawienie żylne. Masa pozostawionej tkanki gruczołowej dorównuje trzy- lub nawet czterokrotnie wziętej masie prawidłowego gruczołu tarczowego. Kol. H. umyślnie pozostawił tyle gruczołu, gdyż wól uległ zwyrodnieniu klejowatemu, a wiadomo, że tkanka tak zwyrodniała niema pod względem czynnościowym wielkiej wartości. I to jednak nie ochroniło chorej przed tężyczką. Widocznie słuszność mają ci, którzy twierdzą, że tężyczka jest następstwem nie braku dostatecznej ilości gruczołu tarczowego (gdyż w tym przypadku pozostawiono go raczej w nadmiarze i dziś jeszcze w 3 tygodnie po operacyi obwód szyi wynosi 38 ctm), lecz z usunięcia tz. ciałek nabłonkowych (*gland. parathyreoideae*), o których położeniu topograficznem u ludzi wyrażają się autorowie w podręcznikach i monografiach bardzo ogólnikowo i różnie. Odnosi się wrażenie, że pozostawienie lub usunięcie gruczolików przytarczycowych bywa raczej dziełem przypadku, niż świadomego postępowania. Zdarzyć się więc mogło, że i w tym przypadku nieświadomie zabrano i te ciałka, może jednak nie wszystkie, gdyż tężyczka przebiega łagodnie i objawy słabną, mimo że dotychczas ograniczano się jedynie do leczenia objawowego.

2) Kol. Herman przedstawia chorego J. I., 18-letniego, który zgłosił się do szpitala z objawami **zwężenia jelit.** Badanie stwierdziło wyraźną więź gruźliczą, a w okolicy kątnicy guz wielkości pięści męskiej, twardy, o nierównej powierzchni, lecz ruchomy. W czasie badania stwierdza się napinanie się jelit, czemu towarzyszy znamienne kruczenie. Rozpoznanie guzowatej **gruźlicy jelita ślepego** nie sprawiało trudności. Po otwarciu jamy brzusznej i rozdzieleniu zrostów wycięto tz. *angulus ileocoecalis.* Przerosłe i rozdęte jelito biodrowe przecięto w odległości około 20 ctm. od zastawki Bauhina, jelito grube zaś w okolicy zgięcia wątrobnego. Po zaszyciu świateł zespolono bocznie jelito biodrowe z okrężnicą poprzeczną, ułożywszy je wpierw izoperystaltycznie. Operowany zniósł zabieg operacyjny dobrze, i dziś, t. j. w 10 dni po operacyi, jest już ozdrowieńcem. Na przedstawionym preparacie widać, że sprawa chorobowa nie ograniczała się do samej tylko kątnicy, lecz szerzyła się także na okrężnicę wstępującą. Na preparacie stwierdza się podwójne zwężenie; jedno nie tak wybitne, przepuszczające jeszcze palec, w okolicy owrzodziałej zastawki Bauhina, drugie, wybitniejsze, w miejscu przejścia kątnicy w okrężnicę wstępującą, przepuszcza zaledwie cienki ołówek. Nadto w niezmienionem zresztą jelicie biodrowem tuż przed ujściem jego do kątnicy napotkano dwie porowate stężyny, złożone jakoby ze soli wapniowych, które ewentualnie działać mogły jako wentyl, zamykający chwilowo zupełnie drożność jelita.

3) Kol. Małaniuk przedstawia dwóch chorych **z ranami postrzałowemi.** a) U pierwszego rzekomo przypadkiem, kula rewolwerowa weszła przez podbródek mniej więcej w połowie długości prawej poziomej gałęzi żuchwy, a znaleziono ją, na pół z rany wysterczającą szczytem w miejscu przejścia przedniego prawego łuku podniebiennego w podniebienie miękkie. Brak wszelkich obrażeń pobocznych. Kulę wydobyto kleszczykami. Tę dziwną drogę pocisku wytłómaczyć można jedynie przypadkowem i szczególnem ułożeniem głowy chorego w chwili strzału. b) U drugiego chorego, 12-letniego F. P., chodzi o przypadkową ranę postrzałową śrutem. Strzał padł z odległości kilku kroków w kierunku stycznej do prawego łuku żebrowego, nie otwierając prawdopodobnie na razie ani jamy opłucnej, ani też jamy brzusznej, jakkolwiek chrząstki łuku żebrowego zostały na znacznej przestrzeni zniszczone. Następnie kilka ziaren śrutu przebiło prawe ramię tuż ponad stawem łokciowym. Do szpitala odwieziono zranionego w kilka dni po zranieniu. Rany posokowate, cuchnące. W uśpieniu rozcięto mostek, dzielący wlot od wylotu postrzału, pousuwano gnijące strzępy tkanki i wytamponowano zaułki, wytarłszy wpierw ranę nalewką jodową. Już następnego dnia ciepłota, dochodząca przedtem do 39, spadła do poziomu prawidłowego i rana się oczyściła. Przy następnej zmianie opatrunku zauważono jednak w ranie żółć, sączącą się z pod zewnętrznego brzegu rany. Następnego dnia wypływ żółci z rany był tak obfity, że nietylko cały opatrunek, ale i pościel nią przesiąkła. Tegoż dnia (a więc w dni 8 po zranieniu) stwierdzono objawy tężca z przeważnem zajęciem głowy (szczękościsk, utrudnione połykanie), gdy tułów i kończyny były jeszcze wolne. Po kilku jednak godzinach tężec przeszedł na tułów. Obecnie (w drugiej dobie choroby) niezajęte pozostały jedynie kończyny. Wieczorem tegoż dnia wstrzyknięto do opon rdzeniowych $1\frac{1}{2}$ cm^3. 25% rozczynu siarkanu magnowego. Po wstrzyknięciu chory uczuł się nieco swobodniejszym, ustąpiło stężenie w karku i połykanie było łatwiejsze. Po 18 godzinach jednak objawy tężca powróciły w pierwotnem nasileniu, tak, że okazało się potrzebne drugie wstrzyknięcie $MgSO_4$. (Dalszy przebieg zostanie opisany później).

II. Następnie obradowano nad miejscową taryfą lekarską, postanawiając przedłożyć Izbie lekarskiej do zatwierdzenia taryfę średnią.

III. Postanowiono urządzić w maju »kursa samarytańskie« dla pań.

IV. W sprawie lekarzy »Kółek rolniczych« uchwalono odnieść się z zapytaniem do Izby lekarskiej.

Sekretarz *Dr Süsswein.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne w d. 31. marca 1908 r.

Higier wypowiedział rzecz p. t. **Dwa przypadki nadmiernej pamięci. Przyczynek do psychofizyologii fenomenalnego rachmistrzostwa.** Podając ścisłe określenie rachmistrzostwa, wymienia H. słynnych rachmistrzów z czasów starożytnych, średniowiecznych, oraz z ubiegłego stulecia. Trzej rachmistrze, których badał H. (dwóch z nich przedstawia podczas odczytu), różnią się od wielu innych tem, że nie są zawodowcami, produkującymi się publicznie, że są prawdomówni i że nie posiadają tej wprawy i tej pewności siebie, chociaż liczą fenomenalnie szybko i bez błędu. Jeden z przedstawionych rachmistrzów posiada znakomitą pamięć słuchową, jest to t. zw. »słuchowiec«, dwaj inni — pamięć wzrokową — są to t. zw. »wzrokowcy«. Jeden z nich umie zaledwie niższą matematykę, inni prócz tego — i początki algebry.

Opierając się na badaniach tych 3 rachmistrzów, dochodzi H. do wniosku, że niezbędnymi czynnikami, składającymi się na wytworzenie fenomenalnego rachmistrzostwa, są: 1) znakomita pamięć, 2) ogromne wyćwiczenie, 3) t. zw. zdolność rachunkowa.

Rozbierając zdolność pamięciową, H. omawia istotę pamięci, jej zaburzenia (amnezya, paramnezya, dysmnezya, hypermnezya), zdolność nabywania i zapamiętywania, objętość pamięci u ludzi zwykłych i rachmistrzów, a opiera się w swych wywodach na klasycznych badaniach pamięci Elbinghausa. Następnie podaje H. różnice, jakie zachodzą między pamięcią barw, a pamięcią słuchową i wzrokową; rozbiera porównawczo pamięć cyfr, liczb i sylab; zwraca uwagę na nieuwzględnioną dotychczas różnicę między cyframi martwemi, a żywemi, t. j. przetrawionemi, przerobionemi duchowo przez rachmistrza; wreszcie rozpatruje mnemotechniczne sztuczki (monotonię, rytmikę, grupowanie it.p.), i świadome lub bezwiedne podstępy pewnych zawodowców. W sprawie ćwiczenia dowodzi H. nadzwyczajnej jego ważności, opierając się na własnych badaniach i na zeznaniach wielu rachmistrzów. Bezpośredni wynik znakomitej pamięci i częstych ćwiczeń stanowi posiadanie przez rachmistrzów w pamięci t. zw. wydłużonej tabliczki mnożenia (t. j. wieloczynu z liczb dwu- lub trzycyfrowych), tabliczki kwadratów i sześcianów wielu liczb, logarytmów wielu liczb i kątów trygonometrycznych, wielu odpowiedzi z dziedziny liczb mianowanych (n. p. liczby sekund w roku) i t. p. W sprawie zdolności rachunkowej omawia H. jej przypuszczalne podłoże anatomiczno-histologiczne i psychologiczno-fizyologiczne, zbijając teoryę Galla i Moebiusa i wyjaśniając różnicę między rachmistrzem, a szybko w pamięci liczącym zawodowym handlowcem lub matematykiem. Rachmistrz, posiadając wyżej wspomniany gotowy materyał pamięciowy, korzysta prócz tego z wszelkich sposobów i rękoczynów, przez szkołę uznawanych i nieuznawanych. Dając odpowiedź w zadaniu, z góry wyłącza częstokroć możliwość odpowiedzi ułamkowej, ujemnej, urojonej, opuszcza czasem jeden z szeregu warunków, stawianych przez zadanie, uzupełniając go następnie drogą prób; mnoży i dodaje albo metodą zwykłą, szkolną, albo też, co bywa częściej, metodą dawną Egipcyan i Indusów z lewej strony ku prawej; posiadając rozległą, szybką i żywą zdolność kojarzenia, stosuje metodę prób i zgadywań, zaokrąglając dane liczby przez stopniowe zwężanie metodą > < (więcej — mniej) granice możliwych i prawdopodobnych odpowiedzi. *J. L.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 9. stycznia 1908.

Obecnych członków 32. Przewodniczy Rumszewicz.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) J. Hoffman: **Obecny stan nauki o odporności.** Streściwszy historyę rozwoju nauki o odporności, wspomina H. o teoryach Pasteura, Cheveau i Behringa, szczegółowiej streszcza teoryę Miecznikowa i przeważnie Ehrlicha, zaznajamia słuchaczy z nauką o toksynach i antytoksynach i o odporności przeciwbakteryjnej, wiążąc ją z nauką o hemolizynach i jadach komórkowych; tłómaczy dalej z punktu widzenia Ehrlicha zjawiska precypitacyi i aglutynacyi. Powracając do teoryi Miecznikowa, a mianowicie do jej ewolucyi pod wpływem ostatnich odkryć, kreśli jej podobieństwa i różnice z teoryą Ehrlicha. Następnie mówi o pracach Wrighta i o jego teoryi opsoninów, nad którą zastanawia się z teoretycznego i praktycznego punktu widzenia. Nakoniec wzmianką o agresynach i o stanowisku, jakie według teoryi Baila zajmują w nauce o odporności, kończy swój odczyt. (*Streszczenie własne*).

2) M. Łążyński przedstawia rentgenogram oraz podaje krótki opis przypadku wybitnej **karłowatości ręki oraz zrostu wszystkich palców** (*mikrodaktylia et syndaktylia*). *Dr Łążyński.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

I. Ogólne inauguracyjne posiedzenie w d. 11/24. II. 1908 poświęcone uczczeniu pamięci Dra Mikołaja Strawińskiego.

Obecnych osób 87.

I. Prezes, Prof. Dr St. Zaleski, zagaja posiedzenie, witając licznych gości honorowych oraz wdowę i rodzinę zmarłego prezesa b. »Koła lekarzy polskich«, Dra med. M. Strawińskiego, uczczeniu pamięci którego jest poświęcone dzisiejsze zgromadzenie.

II. Odczytano i zatwierdzono protokoły posiedzeń organizacyjnych z d. 10/23. i 18./31. stycznia 1908.

III. Odczytano sprawozdania doroczne byłego »Koła lekarzy polskich w Petersburgu«, ułożone przez *a*) sekretarzy, *b*) skarbnika i *c*) komisyę rewizyjną, którym złożono podziękowanie.

Sprawozdanie ze stanu kasy b. »Koła« obejmuje w przychodach 140 rb. ze składek rocznych, 36·63 rb. z odsetków w państw. Kasie oszcz., 8·07 rb. z drobnych wpływów (reszty ze składek na ucztę i wieniec), razem 184·70 rb.; w rozchodach zaś: koszta drukarni i wydatki pocztowe sekretarza 39·72 rb., wydatki na legalizacyę »Związku« 39·20 rb., ogłoszenia w pismach o śmierci ś. p. Strawińskiego i wieńce 127·85 rb., koszta posiedzeń »Koła« (obsługa, światło i t. p.) 29·15 rb., telegramy 4·03 rb., oprawa książek 9.95 rb., razem 349·90 rb. W d. 1. I. 1907 posiadała kasa »Koła« w gotówce 1022·22 rb.; ponieważ rozchód w r. 1907 wyniósł 349·90 rb., dochód zaś 184·70 rb., więc w d. 1. I. 1908 posiada kasa 857·02 rb., z czego 785·81 rb. w państwowej kasie oszczędności, a 71·21 rb. w gotówce u skarbnika Dra Wiercińskiego. Sprawozdanie skarbnika sprawdziła 11. II. 1908 komisya rewizyjna »Koła«, złożona z Dr Białobłockiej i Wilamowskiego.

IV. Prezes, Prof. Zaleski, odsłonił popiersie zasłużonego, pierwszego i jedynego prezesa byłego »Koła«, Dra med. M. Strawińskiego, podnosząc, iż w uznaniu Jego niespożytych zasług obywatelsko-społecznych i zawodowych, lekarze członkowie dawnego »Koła«, a obecnie »Związku«, jednomyślnie postanowili uczcić Jego pamięć przez to popiersie, które niech świadczy, że duchowa łączność między schodzącem z pola pokoleniem zasłużonych naszych działaczów i wchodzącą na nie generacyą istnieć nie przestaje.

V. Dr Urban Wierciński wygłosił mowę, poświęconą pamięci i szczegółowej ocenie działalności ś. p. Strawińskiego. Mowa ta, przyjęta oznakami ogólnego uznania, ma być wydrukowana.

VI. Odczytano listy: *a*) z Kazania od Prof. Dra Wit. Orłowskiego, który dziękuje za obranie go pierwszym członkiem honorowym »Związku«; *b*) z Krakowa, od Prof. Dra St. Ciechanowskiego, przyjmującego w imieniu »Przeglądu lekarskiego« obranie tego pisma za organ »Związku«; *c*) od posła Dra Wąsowicza, który wyraża w imieniu posłów-Polaków żal, że nikt z nich na dzisiejsze zgromadzenie »Związku« przybyć nie może z powodu posiedzenia »Dumy«.

VII. Prof. Henryk Merczyng miał odczyt p. t. **Ilościowe granice poznania natury.**

VIII. P. Józef Łukaszewicz wykładał: **O zasadach filozofii naukowej.** Za oba odczyty prezes w imieniu zgromadzenia złożył prelegentom gorące podziękowanie.

IX. Na podstawie § 13. ustawy obrano jednogłośnie członkami-korespondentami »Związku« Prof. Dra St. Ciechanowskiego, redaktora »Przeglądu lekarskiego«, Dra med. Kwaśnickiego, byłego redaktora tegoż pisma i Prof. Dra Cybulskiego, wszystkich z Krakowa, i Prof. Dra Popielskiego ze Lwowa; członkiem rzeczywistym Dra med. Boi. Milewskiego.

X. Poddano dyskusyi sprawę budowy szpitala polskiego w Petersburgu i uchwalono zawiązać osobny w tym celu komitet z osób, wskazanych przez Radę. XI. Uchwalono wzór pieczęci »Związku« przedstawić na następne posiedzenie dla ostatecznego zatwierdzenia. XII. Prezes zwraca się do obecnych na posiedzeniu techników, farmaceutów i lekarzy-dentystów z prośbą o utworzenie osobnych wydziałów »Związku«.

Sekretarz II. *Dr Konrad Uliński.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1904.

Omówił

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zadanie moje tegoroczne jest o tyle łatwiejsze, że zestawiwszy niedawno (por. »Przegląd lek.« 1907, Nr 16—32) najważniejsze z liczb statystycznych i wiadomości, zawartych w 3 poprzednich sprawozdaniach (1901—1903), mogę w wielu szczegółach ograniczyć się do porównania sprawozdania tegorocznego z poprzedniemi i do podkreślenia tylko głównych różnic.

W ogólnym układzie sprawozdania niema w porównaniu z poprzedniemi większych zmian. Usprawiedliwione i korzystne jest przeniesienie ustępu o szczepieniu do rozdziału o zwalczaniu chorób zakaźnych. Jak w r. z. nadmieniłem, wydawałoby mi

się pożądane przywrócenie w sprawozdaniach działu p. t. »Naturalny przyrost ludności«, oraz niektórych z pomieszczanych dawniej na końcu zestawień tabelarycznych, dalej dodanie liczby zaludnienia poszczególnych powiatów i miast, przyjętej w danym roku za podstawę obliczeń, wreszcie dokładniejsze dane o ruchu emigracyjnym (stałym i sezonowym). W tym względzie jednak w sprawozdaniu za r. 1904 nie znajdujemy żadnych zmian. Sprawozdanie to wyszło z druku nieco wcześniej, niż poprzednie, co pozwala mieć nadzieję, że może i dalsze sprawozdania pojawiać się będą stopniowo coraz rychlej; byłoby to wielkiem ulepszeniem.

I. Ruch ludności.

A. Małżeństwa.

W r. 1904 zawarto małżeństw 61,885, t. j. 8·45‰ ludności (w ostatniem czteroleciu najniższy odsetek). Jak zwykle, najwięcej małżeństw zawierano w powiatach ruskich (do 10·9‰), najmniej w polskich (do 5·6‰).

B. Urodzenia

w liczbie 328.694 przewyższają rok poprzedni o 7622 i wynoszą 44·9‰. Jak i w latach poprzednich, ludność ruska jest płodniejsza od polskiej. Wśród krajów austryackich jest ludność galicyjska najpłodniejsza; po Galicyi idą: Śląsk, Dalmacya, Bukowina; inne kraje mają urodzeń poniżej 40‰ ludności. Liczba dzieci nieślubnych znowu się w porównaniu z roku 1903 nieco zmniejszyła (z 4·26 na 4·2‰ ludności); w poszczególnych powiatach zależy ona od ilości żydów, mieszkających w powiecie (dzieci z małżeństw rytualnych zapisywane są jako nieślubne); wśród ludności chrześcijańskiej jest liczba ta w porównaniu do innych krajów bardzo nizką. Również spadła znów cokolwiek liczba dzieci, nieżywo urodzonych (z 2·1 na 2·03‰ urodzonych), od szeregu lat zwolna, ale stale się zmniejszająca. W r. z. wspomniałem, w jakim to pozostaje stosunku do pomocy położniczej. Pod tym względem w r. 1904 nastąpiło polepszenie: przy pomocy wykształconych położnych odbyło się 88,820 porodów, o 5355 więcej, niż w r. 1903; odsetek porodów przy umiejętnej pomocy wzrósł z 25·9 na 27 prc. Statecznie wzrastał on w ostatnim 4-leciu w 17 powiatach, spadał w 7 (w r. z. wymieniała Rada zdrowia takich powiatów nawet 10); w reszcie powiatów waha się.

C. Śmiertelność

wynosiła w r. 1904 w stosunku do ludności obliczonej na ten rok według średniego przyrostu, 26·22‰ i była większą o 0·37‰ od śmiertelności w r. 1903. Ten wzrost śmiertelności tłómaczy się dostatecznie wielką klęską powodzi w roku 1903 i jeszcze większą klęską posuchy i nieurodzaju, które dotknęły Galicyę w r. 1904.

1. Śmiertelność według wieku.

Jak w latach poprzednich, tak i w r. 1904 przeszło połowę wszystkich zmarłych stanowiły dzieci poniżej 5. roku życia (50·67 prc.). W porównaniu wszelako z poprzedniem trzechleciem był r. 1904 pod tym względem najpomyślniejszym. Niestety wątpić można, czy to polepszenie utrzyma się w latach następnych, a przecież obecnie, gdy już powiodło się znacznie zmniejszyć śmiertelność z chorób zakaźnych wśród dorosłych, można dalszego wydatnego zmniejszenia się śmiertelności w Galicyi oczekiwać głównie od zmniejszenia śmiertelności dzieci, zwłaszcza niemowląt. Śmiertelność niemowląt była w r. 1904, jak zwykle, największa w powiatach, odznaczających się najwyższą płodnością. Rada zdrowia zauważa, że chcąc tę śmiertelność obniżyć, trzebaby dokładnie zbadać warunki żywienia i pielęgnowania noworodków i niemowląt w różnych okolicach kraju, a przedewszystkiem w tych powiatach, gdzie ta śmiertelność jest stale wysoka.

2. Śmiertelność według przyczyn śmierci.

Co myśleć o wartości danych statystycznych w tym dziale, wiadomo już ze sprawozdań dawniejszych. Istotną wartość mają tu dane tylko o tych chorobach, które są sprawdzane przez lekarzy urzędowych, t. j. o pewnych chorobach nagminnych. Resztę danych, opartą na wykazach parafialnych, należy brać bardzo ostrożnie, bo ciągle jeszcze mało co więcej nad ¼ zmarłych oglądają lekarze. Rok 1904 był pod tym względem nawet gorszy (25·3 prc.) od r. 1903 (26·07 prc.). Określenie przyczyny śmierci przez niewykształconych oglądaczy zwłok, jak to się dzieje w ¾ przypadków, niema najczęściej żadnej wartości. (Znam n. p. przypadek, że taki oglądacz zwłok wpisywał jako przyczynę śmierci zawsze zapalenie płuc, a gdy mu to lekarz urzędowy wytknął, zaczął wpisywać stale.... zapalenie nerek, które mu z danego mu pouczenia jedynie w pamięci utkwiło). Wrodzony brak sił żywotnych miał być przyczyną śmierci w 2814 przypadkach. Gruźlica i zapalenie płuc, omawiane w Sprawozdaniach zawsze razem z przyczyn, o których wspomniałem w r. z., zabrały w r. 1904 6·85‰ ludności (o 0·32‰ więcej, niż w poprzedniem trzechleciu), a 25·3 prc. ogółu zmarłych. Miasto Kraków nie sprzeniewierza się smutnej swej tradycyi i stoi na trzeciem miejscu wszystkich powiatów z 12·20‰, chociaż już w poprzedniem trzechleciu miał śmiertelność o 1‰ niższą. Ten wzrost śmiertelności (dane są tu pewne, bo wszystkich zmarłych oglądają w Krakowie lekarze) z gruźlicy i zapalenia płuc najwymowniej świadczy, jak pilną jest sprawa »Wielkiego Krakowa«, t. j. rozszerzenia granic miasta i idącej za tem poprawy higieny mieszkań; potworne przeludnienie ciasno zabudowanego Krakowa niewątpliwie ma tu znaczenie bardzo wielkie. We Lwowie spadła śmiertelność z gruźlicy i zapalenia płuc z 9·98‰ w poprzedniem trzechleciu na 9·88‰ w r. 1904.

Błonicę podają wykazy parafialne jako przyczynę śmierci w r. 1904 u 0·97‰ ludności (w r. 1903 tylko 0·87‰). Według wykazów lekarzy urzędowych grasowała błonica w r. 1904 w całym kraju z wyjątkiem 8 powiatów, a umarło z niej 1742 osób; jednakże tak samo, jak w latach poprzednich, zaledwo ¼ przypadków śmiertelnych z błonicy, (wynoszących według wykazów parafialnych 7168), doszła do wiadomości lekarzy urzędowych! Surowicę przeciwbłoniczą stosowano u 2945 chorych, t. j. 39·1 prc. będących w leczeniu; z tych zmarło 12 prc., u 10·9 prc. zaś skutek leczenia nie jest wiadomy. Z kilku powiatów podano uderzająco pomyślne wyniki leczenia surowicą (Brzeżany 4·4 prc. śmiertelności przy surowicy, 29·4% śmiertelności ogólnej z błonicy; Lisko 2·7 prc. wobec 16 prc., Wieliczka 4·3 prc. wobec 20·3 prc.).

Krztusiec miał być przyczyną śmierci u 0·87‰ ludności.

Ospa zabrała w całym kraju tylko 7 osób; (lekarze urzędowi otrzymali wiadomość tylko o 5 z nich). Tylko r. 1903 był pomyślniejszy († 4). Lekarze urzędowi sprawdzili ospę u 41 chorych w 11 gminach. Prawie we wszystkich przypadkach albo stanowczo stwierdzono, albo z wszelkiem prawdopodobieństwem przyjąć można zawleczenie ospy z Królestwa Polskiego lub Rosyi, w jednym tylko przypadku możliwe było zawleczenie z Węgier lub Rumunii. Dwukrotnie wytworzyły się ogniska choroby: w powiecie rawskim (9 przyp. † 1) i w powiecie kolbuszowskim (24 † 3); we wszystkich innych przypadkach zdołano zawsze zapobiedz wybuchowi epidemii.

Z płonicy miało według wykazów parafialnych umrzeć w r. 1904 1‰ ludności (mniej o 0·5‰, niż w r. 1903). Lekarze urzędowi stwierdzili grasowanie płonicy we wszystkich powiatach i obu miastach stołecznych; chorowało 3‰ ludności, t. j. 21 970 osób († 21·4 prc.).

Odra zabrała według wykazów parafialnych w r. 1904 0.52‰ ludności; chorobą zajęte były wszystkie powiaty prócz 7, chorowało 40,341 osób († 7·4 prc.).

Na dur osutkowy zmarło w r. 1904 według wykazów parafialnych 341 osób, według wykazów lekarzy urzędowych 311. W ostatniem pięcioleciu był tylko rok 1901 pomyślniejszy († 206) od r. 1904. Sprawozdanie podaje tabliczkę, zestawiającą liczbę zakażonych gmin, liczbę chorych i zmarłych w każdym powiecie w pięciu latach 1900—1904. W pięcioleciu tem nie było według badań lekarzy urzędowych wcale duru plamistego w 10 powiatach zachodniej części kraju, a w 5 powiatach zdarzyły się tylko przypadki odosobnione. Corocznie pojawiał się dur osutkowy w 26 powiatach, z nich tylko 3 (Kolbuszowa, Myślenice i Nisko) leżą w zachodniej części kraju. W dziewięciu ruskich powiatach bywało co roku średnio ponad 100 przypadków duru i w tych powiatach uważa Rada zdrowia chorobę tę za endemiczną. W r. 1904 grasował dur osutkowy najsilniej w powiatach: turczańskim, rawskim, stryjskim, jaworowskim, czortkowskim (powyżej 150 zachorowań). Sprawozdanie podaje, jak co roku, dokładniejsze szczegóły epidemiologiczne, zwłaszcza z powiatów najsilniej dotkniętych; najczęstszą przyczyną rozwleczenia zarazy jest zwyczaj odwiedzania chorych przez krewnych i znajomych (w r. 1904 w 84 przypadkach); rzadziej przenoszą zarazę wędrowni robotnicy (13), żebracy (7), ozdrowieńcy, wracający ze szpitala (3), przewożeni chorzy (2), ludność wracająca z jarmarków i targów. Przez starą odzież, kożuchy rozwlókł się dur w 3 przypadkach; przez aresztą sądowe w 2 przypadkach

(do 6 gmin). Kilkakrotnie zawleczono dur z Rosyi i Węgier. Sprawozdanie tegoroczne kładzie jednak większy nacisk, niż sprawozdania dawniejsze, nie na zawlekanie duru osutkowego z zagranicy, ale na endemiczne jego zakorzenienie się w niektórych powiatach, w których wobec ubóstwa i niechlujstwa ludności, nie wierzącej przytem w zaraźliwość choroby, »nic dziwnego, że tyfus plamisty nigdy nie wygasa, a przeciwnie zastanawia tylko to, dlaczego więcej się nie rozszerza« (str. 31). — Należy mieć nadzieję, że dane, zebrane w r. z. przez ankietę, obradującą pod przewodnictwem prof. Gluzińskiego, przyczynią się do szybszego wyplenienia duru plamistego, stanowiącego pomimo znacznego polepszenia się stosunków zawsze jeszcze niemałą dla Galicyi klęskę przez związane z tą zarazą wielkie niebezpieczeństwo.

Dur brzuszny. Według wykazów parafialnych miało umrzeć na dur w roku 1904 2769 osób, t. j. 0·37‰ ludności, niewiele więcej, niż w (najpomyślniejszym) r. 1902 (0·34‰); według wykazów lekarzy urzędowych zmarło z duru 1408 osób, t. j. 0·19‰ ludności, a zachorowań stwierdzono 11.753 we wszystkich powiatach kraju, Lwowie i Krakowie. Podając szczegóły o większych ogniskach tej epidemii, zauważa Rada zdrowia, że zakażenie za pośrednictwem wody nie jest tak częstą przyczyną szerzenia się zarazy, jak to się zwykle przypuszcza. Gdzie źródłem epidemii jest woda, tam pojawia się dur mniej lub więcej wybuchowo, rozpoczyna się mniej więcej współcześnie w mnogich przypadkach; natomiast wszystkie epidemie, ślimaczące się całymi miesiącami, należy uważać za wynik zakażenia przez styczność zdrowych z chorymi. Zwraca więc Rada zdrowia uwagę, że nie ograniczając się do zamykania studzien i t. p. należy dla zwalczenia epidemii duru brzusznego ile możności ograniczać przystęp zdrowych do chorych, a osoby z otoczenia chorego pouczać o sposobach ochrony osobistej. Na 1783 sprawozdań lekarzy urzędowych o durze podano jako źródło choroby 270 razy wodę płynącą zanieczyszczoną, 236 razy źródlaną i studzienną, raz wodociągową; 392 razy podano zawleczenie zarazka z innej miejscowości (z tego 18 razy z zagranicy). Sprawozdanie podaje cały szereg przykładów, dowodzących, jak częstem źródłem rozwleczenia zarazka są targi, jarmarki i odpusty. Rzadziej już rozwlekali dur: flisacy, domokrążcy, rezerwiści wracający z ćwiczeń wojskowych, ozdrowieńcy, wracający ze szpitala. Dwa razy stwierdzono zawleczenie przez używaną odzież, raz (we Lwowie) przez mleko. Posucha, panująca w r. 1904, sprzyjała rozwlekaniu duru brzusznego, gdyż wysychanie źródeł i studzien zmuszało ludność często do używania zanieczyszczonej wody rzecznej.

Z czerwonki zmarło w r. 1904 osób 676 (0·09‰ ludności), mniej, niż kiedykolwiek dawniej (w r. 1903 — 1698, w r. 1902 — z poprzednich lat najpomyślniejszym — 798). Lekarze urzędowi stwierdzili 1045 zachorowań, 167 śmierci i podają, że czerwonka miała w tym roku przebieg szczególnie złośliwy (częste powikłania nerkowe i płucne).

Cholery azyatyckiej w r. 1904 nie było; cholera dzieci miała zabrać 1864 ofiar (0·25‰ ludności; o niepewności tej rubryki pisaliśmy w r. z.); cholera swojska była przyczyną śmierci rzekomo w 116 przypadkach (z nich aż 67 w jednym tylko powiecie tarnopolskim), gorączka połogowa w 878 przypadkach, a choroby zakaźne przyranne (róża, ropowica, ropnica, posocznica i tężec) w 564 (i te także dane, jako oparte na wykazach parafialnych, są niepewne, aczkolwiek w latach ostatnich wahania w tych rubrykach są niezbyt wielkie).

Z innych chorób zakaźnych stwierdzili lekarze urzędowi: zachorowań na grypę 3802 († według wykazów parafialnych 246, prawie tyleż, co w r. 1903); nagminnego zapalenia opon 33 przypadków († 14, natomiast według wykazów parafialnych miało umrzeć z tej choroby 82 osoby). O chorobliwości zimniczej danych żadnych niema; wykazy parafialne podają 25 przypadków śmierci. Brak jakich takich danych o chorobliwości zimniczej jest tem przykrzejszy, że zmniejszenie się jej może być wykładnikiem skuteczności asanacyi pewnych okolic naszego kraju. To zmniejszenie się niewątpliwie nastąpiło, ale niewiadomo dokładniej, w jakim stopniu w poszczególnych okolicach. Poza pracowitemi poszukiwaniami Dra Grosska, których część przeważna spoczywa jeszcze w rękopisie, brak nam zupełnie materyałów w tym względzie. Z kiły miało być tylko 6 przypadków śmierci w całym kraju, choć zdaniem Rady zdrowia wobec znaczniejszego rozszerzenia się tej choroby w Galicyi, musi być śmiertelność w rzeczywistości większą. Z gośćca stawowego ostrego miało nie być ani jednego przypadku śmierci. Ospa wietrzna grasowała w r. 1904 w 297 gminach, chorowało 1784 osób, zmarło 5 dzieci (być może, że w tych 5 przypadkach była ospa prawdziwa). Nagminne zapalenie ślinianek stwierdzono w 77 gminach u 20.408 osób (zmarło z powikłań 6 dzieci).

Śmiertelność ze wszystkich chorób zakaźnych znowu w porównaniu z latami poprzedniemi spadła (na 4·4‰ ludności, a 16 prc. wszystkich zmarłych), tak że r. 1904 był pod tym względem rokiem najpomyślniejszym od czasu wprowadzenia statystyki sanitarnej. Stałe zmniejszanie się śmiertelności z chorób zakaźnych jest niewątpliwie wynikiem wieloletniej wytrwałej pracy lekarzy i władz administracyjnych (a jak dodaje prof. Kučera w swojem omówieniu sprawozdania Rady zdrowia, także wynikiem postępów kultury w kraju). Jak zawsze, była śmiertelność z chorób zakaźnych i w r. 1904 najwyższą w grupie powiatów ruskich, odznaczających się największą płodnością.

Na choroby zakaźne, przenośne ze zwierząt, zmarło w r. 1904 osób 28 (w poprzedniem trzechleciu 45, 28, 31), a to na wąglik 8 (chorowało 24), na wodowstręt 7 (z tych 2 leczone metodą Pasteura), na nosaciznę 1; włośnicy w r. 1904 nie spostrzegano wcale.

W dalszych rubrykach podaje sprawozdanie za rok 1904 następującą śmiertelność: udar mózgowy 1533 (0·75 prc. wszystkich zmarłych), wady serca i choroby naczyń 3059 (1·5 prc.), nowotwory złośliwe 2291 (1·1 prc.), uszkodzenia przypadkowe 1622 (od szeregu lat ogólna liczba takich uszkodzeń śmiertelnych i liczby poszczególnych ich rodzajów są prawie równe), samobójstwo 367 (z nich połowa przez powieszenie, ¼ przez zastrzelenie się), zabójstwa i morderstwa 171.

Rubryka: »Inne naturalne przyczyny śmierci«, owa ciemna plama naszej statystyki sanitarnej, wygląda w roku 1904 jeszcze nieco gorzej, niż w poprzedniem trzechleciu, obejmuje bowiem 52·2 prc. zmarłych (w latach 1901—1903 wynosiła 50·1—48·05—51 prc.). O przyczynach tego wielkiego braku w naszej statystyce wspomniałem już w r. z.

Z porównania ogólnej śmiertelności w poszczególnych powiatach wynika, że na wzrost jej w całym kraju wpłynęło głównie pogorszenie się stosunków w 19 powiatach, dotkniętych szczególnie ciężko powodzią w r. 1903 i posuchą w r. 1904. Natomiast w 6 powiatach Pokucia, 5 innych wschodnich i powiecie brzeskim spadła śmiertelność w porównaniu z r. 1903 o przeszło 2‰. (C. d. n.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo higieniczne warszawskie ogłosiło właśnie swe sprawozdanie za r. 1907 w »Zdrowiu« (zesz. 4). Działalność Towarzystwa zbyt jest różnostronna i rozległa, aby można tu kusić się o dokładniejsze streszczenie tego sprawozdania; ale przytoczyć się godzi przynajmniej niektóre szczegóły, dowodzące, że Towarzystwo wypełnia gorliwie nietylko te zadania, jakie wszędzie bierze na siebie samopomoc społeczna, lecz stara się w miarę możności zastąpić także ten czynnik, który powinien się troszczyć o higienę publiczną i czyni to wszędzie, prócz Królestwa, t. j. władze. Rok ubiegły nazywa sprawozdanie mniej pomyślnym dla Towarzystwa z powodu dezorganizacyi i zubożenia społeczeństwa, oraz przygniatającego wszelką pracę społeczną stanu wojennego. Przybył jednak Towarzystwu nowy oddział prowincyonalny we Włocławku, zorganizowały się ostatecznie komitety zwalczania raka i zapobiegania ślepocie; przygotowywano stworzenie pracowni Towarzystwa, urządzenie ruchomej wystawy przeciwalkoholicznej, organizacyę »Kropli mleka« we wszystkich większych miastach kraju i rozpoczęto w porozumieniu z Centralnem Towarzystwem rolniczem propagandę higieniczną po wsiach za pośrednictwem Kółek rolniczych. Przez osobnych delegatów udzieliło Towarzystwo rad w sprawie uzdrowotnienia m. Wielunia i budowy szpitala fundacyjnego w Lublinie; korespondowało w sprawie wodociągów i kanalizacyi z zarządem m. Zamościa i t. p.; podejmowało starania o grunt pod budowę własnego gmachu dla muzeum higieny ludowej w Częstochowie; przygotowało akcyę przeciwcholeryczną. Dalej uczestniczyli delegaci Towarzystwa w Zjazdach naukowych zagranicznych, w naradach nad urządzeniem wystawy przemysłowotechnicznej, nad objęciem szpitali przez zarząd m. Warszawy, nad ulepsze-

niem oczyszczania miasta, nad projektami ustawy o zafałszowaniach pokarmów i sprzedaży leków i t. p. W wydziale biologicznym Towarzystwa odbyły się 4 wykłady; w przeciwgruźliczym i zdrojowisk 9; w wydziale higieny miast 6, higieny szpitali 3, w wychowawczym 6, przeciwalkoholicznym 1; wydziały wydawały popularne broszury, tablice i t. d. Uzdrowisko przeciwgruźlicze w Rudce ukończone być ma w końcu maja, a otwarte w jesieni r. b. W 8 ogrodach im. Raua odbywały się w lecie i w zimie najrozmaitsze zabawy ruchowe, gimnastyka, ślizgawka, kąpiele, pływanie pod kierunkiem 69 odpowiednio przygotowanych osób; korzystało z tych zabaw 565,785 dzieci, a koszt zabawy (jednego zabiegu) na dziecko wynosił tylko 2,8 kopiejki. (Ta półmilionowa rzesza dzieci, korzystających z ogrodów, wymowniejszą jest od najgorętszych wyrazów uznania, jakieby o ogrodach napisać można!). Instytut higieny dziecięcej im. Lenvala krzewił zasady higieny i zaspokajał potrzeby higieniczne kilku tysięcy najuboższej dziatwy przez kąpiele (40,000), porady dentystyczne (2,000), gimnastykę zwykłą i leczniczą (2,000), miesienie, szczepienie ospy (4,000), wydawanie mleka pasteryzowanego (135,000 buteleczek) i porady lecznicze (6,000). Komitet przeciwrakowy, przekształcony na Centralny komitet polski, opracował i wydał prócz broszur popularnych schemat statystyczny, rozpoczął zbieranie statystyki i zajął się organizacyą komitetów dzielnicowych: w Kijowie, Krakowie, Lwowie, Poznaniu, na Wołyniu i w Wilnie.

Towarzystwo liczyło w Warszawie 381 rzeczywistych i 130 zwyczajnych członków. Dochody Towarzystwa wynosiły w r. 1907 rb. 3,995, rozchody 3,405. Organ Towarzystwa, miesięcznik »Zdrowie« miał dochodu i wydatku po 2,435 rb. (1000 rb. dokłada z tego Towarzystwo). Majątek Towarzystwa wynosi 4,771 rb. Rachunki ogrodów im. Raua zamykają się kwotą 18,507 rb., bilans ich majątku 334,074 rb.; rachunki instytutu bar. Lenvala kwotą 7,326 rb., bilans jego kwotą 102,875 rb.; bilans sanatoryum w Rudce kwotą 197,221 rb.

Towarzystwo miało 8 oddziałów prowincyonalnych: łódzki (członków rzecz. 85 + 277 zwycz.), kaliski (35 + 73), lubelski (101 + 80), częstochowski (56 + 70), łowicki (10 + 38), kujawski (32 + 19), piotrkowski (45), otwocki (18 + 20). Wszystkie prawie te oddziały miały po kilka sekcyi (wychowawczą, ludową, »Kropli mleka« i t. p.) i rozwijały działalność bardzo ruchliwą i bardzo użyteczną na wzór swego Towarzystwa macierzystego w Warszawie.

(Sprawozdanie to przyjęło Towarzystwo na zebraniu ogólnem w d. 10. IV. b. r., na którem wybrano z pośród lekarzy do Rady głównej: Dr Polaka, Bączkiewicza i Łazarowicza, do komitetu ogrodów im. Raua: Wł. Brunera i Drabczyka, do komisyi rewizyjnej: J. Zawadzkiego i Majkowskiego).

Jeżeli się zważy, że cała ta, rzeczywiście podziwu godna praca nietylko nie osłabła, ale wzmagała się po najcięższych dla naszego społeczeństwa chwilach, że mimo zubożenia materyalnego i wyczerpania moralnego kraju znalazło się tyle środków i tyle sił do pracy, to naprawdę z otuchą patrzy się w przyszłość tej dzielnicy, która tylokrotnie zdawała się upadać pod brzemieniem ciężkich doświadczeń. Gdybyż to we wszystkich naszych dzielnicach na polu samorzutnej pracy higienicznej zapisywać można podobne obrachunki! Niestety u nas w Galicyi, wyznać trzeba, zdarzają się poza Lwowem na tem polu zaledwo usiłowania jednostek, rozbijające się często o apatyę i obojętność ogółu. *R.*

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie ogłosiło swe sprawozdanie za czas od 1. X. 1906 do 1. I. 1908. Stowarzyszene liczy 369 członków, miało dochodu 7,296 rb., wydatków 6,365 rb., dłużne jest 1,726 rb. za udziały członków i posiada inwentarz wartości 2,703 rb. Sąd koleżeński Stowarzyszenia rozpatrywał 9 spraw. Z działalności Stowarzyszenia w innych kierunkach zdawał »Przegląd lek.« regularnie sprawę, przytaczać więc jej tutaj już nie potrzeba. *R.*

Z walki lekarzy szpitalnych morawskich. Dyrekcya szpitala krajowego w Bernie ogłosiła konkurs na posady sekundaryuszy, dopuszczając do niego..... nieukończonych słuchaczy medycyny! *R.*

Szczególny wyrok sądowy. Odpowiedzialny redaktor czasopisma »The Lancet« stawał przed sądem z powodu tego, że w jednym z numerów tego pisma leczenie dychawicy podług Tuckera nazwano oszukaństwem. Fabrykant przyprowadził świadków, którzy twierdzili, że środek ten bardzo im pomógł. Redakcya znów przedstawiła swoich, którzy orzekli, że środek Tuckera zawiera w sobie kokainę i atropinę, ale w tak zmiennych dawkach, że raz wywołać może zatrucie, a drugi raz zupełnie być obojętnym. Sąd mimo to orzekł, że wyrażenie »oszukańcze« przekracza ramy krytyki pewnego sposobu leczenia i z tego powodu skazał redakcyę na odszkodowanie w kwocie 1,000 funtów szterlingów. Redakcya wniosła naturalnie zaraz odwołanie. *K.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 5. do 11. IV. 1908 urodziło się dzieci żywo 73, nieżywo 4; zmarło osób 67 (w tem obcych 38), z nich z gruźlicy 18 (11), zapalenia płuc 3, błonicy 2 (1), krztuśca 1, płonicy 1 (1), duru brzusznego 2 (2). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. do 11. IV. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 2 (w tem obcych 1 † 1), krztuśca 5 † 1, płonicy 3 † 1 (3 † 1), odry 2, duru brzusznego 4 † 2 (3 † 2). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 5. do 11. IV. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 (w tem obcych 2), krztuśca —, płonicy 37 † 1 (7 † 1), odry 4, duru osutkowego 2 (2), duru brzusznego 6 † 1 (2 † 1.) *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Sprawę krakowskiego »Parku Jordana« poruszył Dr Eugeniusz Piasecki w lwowskiem »Słowie polskiem« (Nr 171), stwierdzając ze smutkiem, że »jeżeli trzeba było jeszcze dowodu karygodnej obojętności dla najważniejszych spraw narodowo-kulturalnych, niemasz z pewnością lepszego nad grobową niemal ciszę, w jakiej tymi dniami ważą się losy jednej z największych chlub naszych, parku im. Jordana w Krakowie«. Z ankiety, zarządzonej przez miasto, znalazły się w niewielu dziennikach ledwo krótkie sprawozdania. »Jakże to odbija od zagranicy — pisze Dr Piasecki — skąd mam już całą kolekcyę rozpraw i artykułów, nie znajdujących dość słów podziwu dla dzieła, stworzonego przez Jordana«. Zagranicą »zaproszonoby w podobnym przypadku wszystkich kompetentnych ludzi w kraju«. W Krakowie nie uczestniczyły w ankiecie czynniki »najbardziej powołane«; przedewszystkiem uderza Dra Piaseckiego brak osobistego udziału w ankiecie dotychczasowego wytrawnego kierownika parku, Dra Tokarskiego.

Faktem jest, że do ankiety nie wezwano żadnej z instytucyi ani korporacyi lekarskich i żadnego lekarza z poza Rady miejskiej, z której grona nawet uczestnikami ankiety było tylko kilku.

Dr Piasecki sądzi, że głównym brakiem parku Jordana jest obecnie ciasnota, której częściowo zaradzić mogą przeróbki w parku (skasowanie kilku ścieżek i t. p.), dające się wykonać łatwo i niedrogo, jeżeli samej młodzieży odda się w ręce potrzebną przy tem pracę fizyczną, jak to z powodzeniem już zastosowano we Lwowie — częściowo zaś rozszerzenie parku na sąsiednie grunta.

Głos Dr Piaseckiego, który sam jest wytrawnym znawcą i zasłużonym działaczem na polu wychowania fizycznego, zasługuje na szczególne podniesienie.

— Czteromiesięczny kurs dla ukwalifikowanych komisarzy targowych, urządzony w c. k. Zakładzie badania środków spożywczych w Krakowie staraniem starszego inspektora Zakładu Dr Biera przez ministerstwo spraw wewnętrznych, zakończył się egzaminem w d. 10. i 11. b. m. Na 13 kandydatów uznała komisya egzaminacyjna za uzdolnionych z wyszczególnieniem 6, za bardzo uzdolnionych 4, resztę za uzdolnionych do pełnienia czynności komisarza targowego. Z uczestników kursu było 5 magistrów farmacyi, 1 słuchacz prawa; miasta obesłały kurs swymi urzędnikami nielicznie (Lwów 2, Kraków 1, Czortków 1, Drohobycz 1, Rzeszów 1), większość uczestników kursu (8) stanowili kandydaci prywatni. Wykłady i ćwiczenia na kursie w liczbie godzin 250, względnie 180, prowadzili prócz kierownika kursu urzędnicy Zakładu pp. J. Hetper i W. Matejko oraz inspektor rzeźni miejskiej p. M. Papée, zaś uwagi wstępne z higieny żywienia i wody Prof. Bujwid. Aby komisarze targowi, wykształceni na kursie, posługiwać się mogli i nadal poznanemi metodami badania i przyrządami, rozesłał Zakład do miast, które wysłały swych urzędników na kurs, gorące wezwanie do urządzenia miejskich pracowni targowych i spis rzeczy potrzebnych do takiej pracowni, zestawiony przez kierownika kursu, aby zaś miasta przy urządzaniu pracowni nie były narażone na wyzysk, ułożono się z jedną z firm wiedeńskich (która w tym względzie poddała się kontroli Zakładu) także co do ceny urządzenia pracowni, nie przekraczającej kwoty 1,000 K, którą każde miasto,

dbające o zdrowie swych mieszkańców, na urządzenie wzorowej kontroli produktów spożywczych znaleść powinno.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Tadeusz Seweryn Karaś rodem z Kałusza i Jan Józef Kostecki rodem z Wieliczki.

— W Krynicy ma rząd, który jest właścicielem tego zdrojowiska, rozpocząć w najbliższym czasie budowę nowych łazienek kosztem 785,000 K.

Lwów. Z kandydatów do Rady miejskiej, zaleconych przez Izbę lekarską, wybrany został Dr Starzewski, a Dr Papée i Dr Piasecki stają do wyborów ściślejszych; nadto staje do nich Dr Hornung.

— Prof. Gluziński poruszył myśl, aby miasto utworzyło, jako fundacyę z powodu jubileuszu rządów cesarza, szereg stacyi leśnych dla chorych na gruźlicę. Na konferencyi, zwołanej w tej sprawie 11. IV. b. r. przez prezydyum miasta, w której wzięli udział z grona Rady miejskiej Drowie Mahl, Mikołajski, Pisek i Starzewski, a z poza Rady r. dw. protomedyk Dr Merunowicz, Dr Janiszewski, Piasecki i insp. Bruchnalski, uznano, że gmina, musząc zająć się losem dzieci opuszczonych i sierót, nie może równocześnie tworzyć na własną rękę drugiej fundacyi, — stacyi leśnych dla dorosłych, ale może je finansowo poprzeć, o ile będą przez kogo innego utworzone.

Warszawa. Ku czci ś. p. Dr Wł. Krajewskiego wmurowana zostanie za staraniem grona lekarzy warszawskich tablica pamiątkowa dłuta p. Woydygi w pawilonie chirurgicznym szpitala Dz. Jezus.

— Na Walnem Zebraniu »Stowarzyszenia lekarzy polskich« w d. 11. IV. b. r. zostali wybrani do zarządu Drowie: Guranowski, Jakimiak, Leśniewski, Łazarewicz, na ich zastępców Drowie: Rappel i Rutkowski, do sądu koleżeńskiego Drowie: Bobiński, Gabszewicz, Jakimiak, J. Jaworski, Kamocki, Krauze, Nussbaum, Winiarski.

— Na III. posiedzeniu Wydziału mat.-przyr. warszawskiego Towarzystwa naukowego przedstawił m. i. p. J. Tur pracę p. t.: »Nowa serya doświadczeń nad działaniem teratogenetycznem promieni radu«.

— Popularna broszura o gruźlicy Dra St. Łagowskiego, nagrodzona na konkursie im. Sokołowskiego, wyszła po rosyjsku w Irkucku w tłómaczeniu Dra Wawelberga.

Z różnych stron. Jeden z wybitniejszych profesorów dorpackich, psychiatra Prof. Czyż, zamierza ustąpić z katedry, ponieważ zarząd uniwersytetu odmówił pokrycia długów, jakie musiała zaciągnąć klinika, otrzymująca na całkowite utrzymanie 2,000 rb. (sic!) rocznie. *Z.*

— Deputacyi m. Saratowa w sprawie otwarcia tam wszechnicy odpowiedział 18/31. III. minister oświaty że uznając starania Saratowa w zasadzie za słuszne, przewiduje w utworzeniu tam uniwersytetu niepokonane przeszkody, jak brak profesorów... i inne. *Z.*

— Z uniwersytetu w Moskwie wydalono 1300 słuchaczy, którzy nie uiścili czesnego. *Z.*

— W Petersburgu powstało »Rosyjskie Towarzystwo urologiczne«. *Z.*

Zmarli: Dr Stanisław Bańkowski w 35 r. ż. w Warszawie; Dr Franciszek Józef Bieniecki w 58 r. ż. w Kaliszu; dermatolog Prof. Mraček w Wiedniu.

Mianowani: Doc. Pokrowskij profesorem anatomii patol. w Tomsku; otyatra Doc. Lange z Berlina profesorem w Gryfii.

Redakcya otrzymała: Łagowski: Czto takoje tuberkulezi i t. d. Irkuck 1908. — Sawicki: Sprawozdanie z praktyki lekarskiej w Busku w r. 1907. Odb. Przegl. chor. skór. 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Bernatzika maść formaldehydowa. Środek pewny przeciw poceniu się rąk i nóg, zarazem zapobiegający przeziębieniu. *Ll. W.*